

UNIVERSIDAD AMERICANA



Femicidio según resultados de autopsias en el Instituto de Medicina Legal de Nicaragua en el periodo 1999 a 2009

**Trabajo para optar al título de:
Doctor en Medicina y Cirugía**

Tutor:

Dr. Néstor Membreño Arguello
Medico Patólogo Forense

Autor:

Br. Haydee Argentina González Morales

Asesor Metodológico:

Dr. Julio Piura López
Coordinador Facultad de Medicina
Universidad Americana

Managua, Nicaragua. Mayo, 2010

Resumen

El femicidio puede ser definido como la muerte violenta de mujeres, por el hecho de ser mujeres. En los últimos años se ha observado un creciente aumento de las muertes intencionales y violentas de mujeres que está adquiriendo características de epidemia en algunos países.

La Organización Mundial de la Salud ha reconocido que la violencia es la principal causa de muerte, cada año más de 1,6 millones de personas en todo el mundo pierden la vida violentamente, de los cuales un tercio de estas muertes fueron por homicidios. Lo que refleja el impacto a nivel de la salud que este fenómeno de “femicidio” integra.

Así poco a poco, el femicidio, se está posicionando como una categoría de análisis que conduce a evidenciar la especificidad de los asesinatos a las mujeres por razones de género. Según informes de la OMS, el 70% de las mujeres entre los 15 y 44 años de edad que son víctimas de asesinato mueren a manos de su compañero, y América Latina es la segunda región con los índices más altos de muertes de mujeres por violencia – tanto en el ámbito rural como en el urbano – mientras que alrededor de la mitad de las muertes de las mujeres en el mundo es responsabilidad de sus esposos, cónyuges, novios, convivientes, ex convivientes y enamorados. Según el informe anual monitoreo sobre femicidio, presentado por la Red de Mujeres contra la Violencia (RMCV), el año 2009 finalizó con 79 mujeres asesinadas representando un mayor incremento en relación al año 2008 que finalizó con 66 mujeres asesinadas, representando un aumento en relación al año 2007, que a su vez presentó 54 casos.

En Nicaragua el fenómeno del femicidio tiene tres formas de presentación que predominaron durante el todo periodo de estudio, éstas son las muertes por arma de fuego, muertes por arma blanca y asfixia mecánica. Armas de fuego, armas blancas y las manos del agresor fueron los instrumentos más utilizados.

La población en mayor riesgo fueron mujeres en edad reproductiva entre los 18 y 30 años de edad, soltera, “ama de casa” o comerciantes, meseras, obreras, domesticas, habitantes de áreas predominantemente urbanas. Desconocidos, convivientes y amigos de la víctima resultaron ser los principales agresores.

INDICE

Capítulo	Páginas
I. Introducción.....	01
II. Antecedentes.....	03
III. Justificación	04
IV. Planteamiento del Problema.....	05
V. Objetivos.....	06
VI. Marco Teórico.....	07
VII. Diseño Metodológico.....	40
VIII. Resultados	46
IX. Discusión.....	63
X. Conclusiones.....	66
XI. Recomendaciones.....	67
Bibliografía.....	68
Anexos.....	69

I. INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha observado un creciente aumento de las muertes intencionales y violentas de mujeres y que están adquiriendo características de epidemia en algunos países. Con esto se alerta de la existencia de un tipo de violencia especial: la que se ejerce de manera sistemática y específica sobre la mujer por su condición de serlo, siendo el agente agresor el varón el cual, por su condición masculina, se considera con autoridad para desencadenar sobre ella todo tipo de agresiones, escarnios, vejaciones, llegando incluso a provocar la muerte específica o “Femicidio”.

Este problema de muertes violentas, llamó la atención del mundo por su dramática dimensión, sobre todo en Ciudad Juárez, México, hoy también afecta a los países centroamericanos sin que hasta ahora haya desplegado una acción organizada eficiente para detener su escalada y para prevenir mayor violencia y muerte de mujeres.

Si bien este tipo de muerte no es reciente, si lo es su magnitud y sus efectos, y a pesar de que la literatura sobre el tema se empezó a producir sobre todo en los Estados Unidos desde principios de los años 90, no es sino hasta finales de la misma década en que el problema empieza a ser evidente en la región de América Latina, específicamente en Ciudad Juárez, México, donde el Femicidio presentó dimensiones insospechadas.

La Organización Mundial de la Salud ha reconocido que la violencia es la principal causa de muerte, cada año más de 1,6 millones de personas en todo el mundo pierden la vida violentamente, de los cuales un tercio de estas muertes fueron por homicidios. Lo que refleja el impacto a nivel de la salud que este fenómeno de “Femicidio” integra.

En Nicaragua, los principales esfuerzos por dar a conocer de este fenómeno han sido realizados por “Red de Mujeres Contra la Violencia” (RMCV) y diversas organizaciones sociales y Organizaciones No Gubernamentales que la integran.¹ Se tiene información del número de homicidios de mujeres, estadísticas que nos pueden orientar acerca del nivel de violencia y como ésta va incrementando progresivamente, sin embargo, aún no existe información sobre las características de los mismos, por lo que es oportuno la realización de este estudio.

Según el informe anual monitoreo sobre Femicidio, presentado por la Red de Mujeres contra la Violencia (RMCV), el año 2009 finalizó con 79 mujeres asesinadas² representando un mayor incremento en relación al año 2008 que finalizó con 66 mujeres asesinadas, representando un aumento en relación al año 2007, que a su vez presentó 54 casos.

Nicaragua no se excluye de esa realidad lo cual hace necesario el análisis de las características de cada víctima relacionadas a la expresión máxima de tal problemática, que es el Femicidio.

II. ANTECEDENTES

Actualmente Nicaragua no cuenta con un estudio nacional específico de Femicidio, sin embargo se cuentan con estudios realizados a nivel Centroamericano acerca del tema por otras organizaciones y los datos estadísticos de la Policía Nacional y Red de mujeres contra la violencia, reflejando que es un fenómeno de ha estado presente desde los años 90.

En el 2006 el “Instituto Interamericano de Derechos Humanos Secretaría Técnica” realizó un estudio Centroamericano donde se analiza la situación de violencia y Femicidio. Este concluyó que entre los años 2000 y 2006 se presentaron 269 casos y que una elevada proporción de las muertes de mujeres era ocasionada por conocidos, especialmente cónyuges, parejas o ex compañeros de vida que en un momento fueron celosos o violentos.³

Según datos estadísticos de la Comisaría de la Mujer de la Policía Nacional anualmente se estima que entre 350 a 400 personas mueren por año⁴, de los cuales aproximadamente 100 casos corresponden a Femicidios.

Según el informe anual monitoreo sobre Femicidio, presentado por la Red de Mujeres contra la Violencia (RMCV), el año 2009 finalizó con 79 mujeres asesinadas⁵ representando un mayor incremento en relación al año 2008 que finalizó con 66 mujeres asesinadas, representando un aumento en relación al año 2007, que a su vez presentó 54 casos.

III. JUSTIFICACIÓN

Mediante la identificación del perfil bio-socio-demográfico de la víctima, las circunstancias en que murió, los resultados de la autopsia, la coexistencia o no de sustancias psicoactivas durante el suceso, y la causa básica de la muerte se pretende generar conocimientos nuevos y actualizados que contribuyan con la conceptualización del Femicidio, como expresión aguda de la violencia contra las mujeres.

Estos resultados a su vez servirán de base para brindar conocimientos a todo médico de atención primaria, pues la mayor parte de las muertes se pueden prevenir en forma adecuada y resolviendo las necesidades básicas insatisfechas al momento en que la víctima de violencia acude a un centro de Salud para su atención.

Este será el primer estudio de Femicidio desde el punto de vista médico-legal en Nicaragua.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las formas de presentación del Femicidio según los resultados de autopsias en el Instituto de Medicina Legal de Managua en el período comprendido entre 1999 a 2009?

V. OBJETIVOS

Objetivo General

Identificar las formas de presentación del Femicidio según las autopsias realizadas en el Instituto de Medicina Legal durante el período 1999 a 2009.

Objetivos Específicos

1. Determinar las características propias de la víctima al ocurrir el homicidio.
2. Determinar los principales factores asociados al mecanismo que produjo la muerte.
3. Establecer la relación del agresor con la víctima al momento de cometer el homicidio.
4. Identificar los elementos más relevantes encontrados en la escena del crimen con la autopsia médico-legal.

VI. MARCO TEÓRICO

6.1 Concepto del Femicidio

En términos generales, el Femicidio puede ser definido como la muerte violenta de mujeres, por el hecho de ser mujeres. Este constituye la mayor violación a los derechos de las mujeres y el más grave delito de violencia contra la misma⁶.

El concepto de Femicidio, fue utilizado por primera vez en inglés por Diana Russell en 1974⁷ ante el tribunal Internacional sobre Crímenes contra las Mujeres, realizado en Bruselas, para denominar el asesinato de mujeres por el hecho de ser mujeres.

En el año 1992, Jill Radford y Diana Russell plantearon que el Femicidio está en el extremo final del “continuum” del terror contra las mujeres, el cual incluye una gran variedad de abusos verbales y físicos, como la violación, la tortura, la esclavitud sexual, el incesto y el abuso sexual infantil, la agresión psicológica, el hostigamiento sexual, la mutilación genital, etc. Incluyendo así el desequilibrio de poder entre los sexos en las esferas económicas, políticas y sociales.

En Costa Rica, las autoras Ana Carcedo y Montserrat Sagot, entienden por Femicidio “el asesinato de mujeres por razones asociadas con su género, el Femicidio es la forma más extrema de violencia de género, entendida ésta como la violencia ejercida por los hombres contra las mujeres en su deseo de obtener poder, dominación, o control. Incluye los asesinatos producidos por la violencia intrafamiliar y la violencia sexual”⁸ con esto las autoras amplían el concepto de Femicidio para incluir otras muertes de mujeres, como aquellas ocurridas por misoginia y las relacionadas con redes de tráfico, maras o pandillas. Desde esa perspectiva, la violación, el incesto, el abuso físico y emocional, el acoso sexual, el uso de las mujeres en la pornografía, la explotación sexual, la esterilización, etc., son todas expresiones distintas de opresión de las mujeres y no fenómenos inconexos. En el momento en que cualquiera de estas formas de violencia resulta en la muerte de la mujer, ésta se convierte en Femicidio.

La autora mexicana Marcela Lagarde, constituyó el concepto de “Feminicidio”, pues considera que “en castellano Femicidio es una voz homóloga a homicidio y solo significa asesinato de mujeres”. Según dicha autora, Russell y Radford definen el Femicidio como “crimen de odio contra las mujeres, como el conjunto de formas de

violencia que, en ocasiones, concluyen en asesinatos e incluso en suicidios de mujeres”, por lo que en su concepto, sería insuficiente utilizar Femicidio para denominar estos homicidios que incluyen el elemento de odio contra las mujeres.

La explicación del Femicidio, agrega Lagarde⁹ “se encuentra en el dominio de género; caracterizado tanto por la supremacía masculina como por la opresión, discriminación, explotación y sobre todo, exclusión social de niñas y mujeres. Todo ello, legitimado por una percepción social desvalorizadora, hostil y degradante de las mujeres. Es decir, la violencia está presente de formas diversas a lo largo de la vida de las mujeres antes del homicidio. Después de perpetrado el homicidio, continua como violencia institucional a través de la impunidad que caracteriza casos particulares como el de México, por la sujeción de asesinatos de niñas y mujeres a lo largo del tipo”.

En Guatemala, el Centro de Acción Legal de los Derechos Humanos (CALDH), realizó un estudio sobre el tema y planteó que “el Feminicidio engloba al Femicidio, ya que, en sentido estricto este segundo término se refiere, únicamente, a los casos de muertes violentas de mujeres, teniendo el primero un carácter más genérico y amplio ya que abarca otros tipos de violencia en contra de las mujeres, que no necesariamente terminan siempre en muerte”.

Sin embargo, instituciones como Amnistía Internacional, establece que “las organizaciones de mujeres y otros grupos utilizan los términos “Femicidio” y más frecuentemente “Feminicidio” para poner de relieve la motivación de género, es decir, el hecho de que se mate a las mujeres por ser mujeres. También se utilizan estos términos para recoger los aspectos sociales y el trasfondo político de los homicidios de mujeres”¹⁰.

Aunque no hay un acuerdo sobre el uso de las palabras y son conceptos todavía en construcción, en Nicaragua muchas mujeres organizadas utilizan ambos términos de Femicidio y Feminicidio, aunque no hayan sido reconocidos legalmente en nuestro país¹¹.

6.1.1 Tipología del Femicidio

El Femicidio incluye los homicidios de mujeres ocurridos como producto de la violencia de género. Se incluyen aquí tanto las muertes perpetradas por sus maridos o ex maridos, compañeros o ex compañeros, en una relación de pareja, incluyendo el noviazgo, así como aquellos perpetrados por terceros y/o desconocidos, pero en el contexto de la violencia de género contra las mujeres.

Además, se ha demostrado que no existe un solo tipo de Femicidio. Este se expresa de muy diversas maneras, configurando diversos tipos. Se habla entonces de Femicidio íntimo, de Femicidio no íntimo y de Femicidio por conexión.

- a) Se entiende por Femicidio íntimo aquellos asesinatos cometidos por hombres con quienes la víctima tenía o tuvo una relación íntima, familiar, de convivencia, o afines a éstas.
- b) Por Femicidio no íntimo se alude a los asesinatos cometidos por hombres con quienes la víctima no tenía relaciones íntimas, familiares, de convivencia, o afines a éstas. Frecuentemente, el Femicidio no íntimo involucra el ataque sexual de la víctima.
- c) Además del Femicidio íntimo y el no íntimo, existe una tercera categoría para clasificar las muertes por Femicidio: los Femicidios por conexión. Con esta categoría se hace referencia a las mujeres que fueron asesinadas “en la línea de fuego” de un hombre tratando de matar a una mujer. Este es el caso de mujeres parientes, niñas u otras mujeres que trataron de intervenir o que simplemente fueron atrapadas en la acción del Femicida.

6.2 La raíz del Femicidio

La violencia de género contra las mujeres tiene repercusiones de todo tipo en la vida personal de ellas y en toda la sociedad, y puede entenderse en su concepto más general como “cualquier acción o conducta, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer por el hecho de ser mujer”¹².

Este tipo de violencia se origina en las relaciones desiguales de poder entre mujeres y hombres, las cuales responden a un orden socialmente construido, que determina una jerarquía y un poder distintos para ambos sexos. Este orden subordina a las mujeres con respecto a los hombres, quienes ejercen poder sobre ellas de distintas maneras, utilizando la violencia como manifestación de ese poder, perpetuando la desigualdad.

En los países en que se han realizado estudios sobre su prevalencia, se reportan cifras alarmantes y se establecen consecuencias físicas, psicológicas y sociales graves entre las cuales se mencionan: homicidio, lesiones, enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA, vulnerabilidad a las enfermedades, suicidio, problemas de salud mental, efectos en los niños derivados de haber presenciado actos de violencia, costos agregados de atención de salud y efectos sobre la productividad y el empleo¹³.

Todas estas consecuencias se transforman en un obstáculo para el desarrollo económico, político, social y cultural de los países que la sufren, ya que al debilitar la energía de la mujer, atacando su confianza y comprometiendo su salud, se priva a las sociedades de la plena participación de las mujeres en la construcción de las democracias actuales.

Sin embargo, en el momento en que cualquiera de estas formas de violencia resulta en la muerte de la mujer, se convierte en un Femicidio, el cual es considerado como la manifestación más extrema del continuum de violencia que padecen las mujeres¹⁴.

Numerosos estudios y reportes del Sistema de Naciones Unidas y del Sistema Interamericano, así como de organizaciones no gubernamentales señalan que la gravedad del Femicidio se refleja no solo en términos numéricos, por el aumento de casos año con año, sino también por el grado de violencia y ensañamiento ejercido contra las víctimas.

En los Estados Unidos, un informe publicado en 1979 explicó que para el esfuerzo de mejorar la salud de la nación, no se podía pasar por alto las consecuencias del comportamiento violento, volviendo así la prevención de ésta una prioridad básica en la Comunidad Sanitaria¹⁵. La violencia no solamente afecta la salud de las personas que la viven sino también de quienes las rodean, fundamentalmente las hijas y los hijos. Deja secuelas profundas en la vida de las personas y requiere de una gran inversión de esfuerzos para sanar, tanto física como psicológicamente.

En la década de los ochenta, los movimientos de mujeres feministas de América Latina y del Caribe comenzaron a desarrollar acciones para visibilizar la violencia contra las mujeres y su magnitud, así como sus efectos en la integridad física y en la salud. En la segunda mitad del siglo veinte, comienzan a nombrar esta violencia específica como reflejo de la asimetría existente en las relaciones de poder entre hombres y mujeres, con el fin de mantener y perpetuar la subordinación y desvalorización de lo femenino frente a lo masculino¹⁶. Es así como a partir del trabajo de las organizaciones de mujeres de la sociedad civil, se constatan y denuncian los asesinatos de mujeres como la expresión más extrema de la violencia de género.

Años más tarde se incorpora, por medio de estudios criminológicos la categoría de género en el análisis del asesinato sexual, visualizando los factores de poder que intervienen en este tipo de crímenes. Se comienza a abordar el asesinato sexual como una forma particular de crimen contra las mujeres y las niñas– que incluyen tortura, mutilación, violación y asesinato – una época en que la violencia sexual contra las mujeres se vuelve ícono y producto de mercado¹⁷.

Es así como en este contexto de visibilización de la violencia contra la mujer, comienza a develarse. Un vivo ejemplo es la situación que viven las mujeres en Ciudad Juárez, México, donde más de trescientas han sido asesinadas desde 1993 hasta la fecha. Las muertas, en su mayoría mujeres jóvenes migrantes, trabajadoras de fábricas que operan bajo el sistema de maquila o zona franca de procesamiento de exportaciones, fueron violadas y mutiladas y sus cuerpos tirados en zanjas o en terrenos baldíos sin que hasta el momento se hayan podido esclarecer los hechos ni detener los asesinatos¹⁸. En el último año, solo en Juárez murieron más de 2 mil 600 personas en hechos de violencia asociados al narcotráfico¹⁹.

En ese mismo año 1993, en Viena se lleva a cabo la Conferencia de Derechos Humanos la cual constituyó un importante avance en materia de derechos humanos al reconocer la violencia contra las mujeres, tanto en la vida pública como privada, como una grave violación a sus derechos²⁰.

Los datos de la Comisaría de la Mujer también indican que en Nicaragua la violencia intrafamiliar se ha incrementado en los últimos años. Entre Enero y Septiembre 2008, estas instancias atendieron 67 mil 371 denuncias. Un año después, en el mismo período, se registraron 99 mil 291. Un aumento de casi 32 mil casos. Igual o más impactante es el hecho que una de cada tres mujeres de Nicaragua, casada o en unión de hecho estable, ha sufrido violencia física o sexual en su vida²¹.

En el 2007, de las 18,748 lesiones registradas a nivel nacional, el 24% fueron por violencia intra familiar y el 19.9% por amenazas. En ese mismo año se atendieron aproximadamente 25,459 denuncias por violencia intrafamiliar. Managua es el municipio con el mayor índice de violencia, el 56 % de las denuncias provenían de dicho municipio, el 7.8% de Carazo y solo el 5.4% de Granada²².

Según estos mismos datos, los días de mayor ocurrencia de violencia intrafamiliar y sexual fueron los domingos con el 17%, lunes con el 16% y Sábados con el 15%.

La violencia contra las mujeres, sin embargo, no conoce de edad, nivel académico ni posición social. Simplemente que los status sociales altos, no denuncian, por razones de apariencias y asuntos económicos. En ocasiones el agresor, somete a la mujer a un aislamiento social progresivo, castigo intimidación, coerción económica y muchas veces concluye con el asesinato.

El Femicidio se caracteriza por presentar un antecedente de violencia familiar o violencia entre pareja. Prevenimos el Femicidio, previniendo la violencia, así como la salud pública ha logrado prevenir y disminuir complicaciones relacionadas con ciertas enfermedades, es posible cambiar los factores que contribuyen a producir respuestas violentas, ya sea las dependientes de la actitud y el comportamiento o los relacionados con situaciones sociales, económicas, políticas y culturales.

Cuando una mujer muere a causa de violencia, no solamente se trata de la pérdida de una vida, con todo lo que eso significa para el desarrollo de su familia, sino también que afecta el desarrollo del país. Por eso, todas las personas y los Estados deben intervenir para erradicar este delito.

Según las estadísticas de la Policía Nacional en Nicaragua, en el año 2008 las mujeres fueron víctimas de 50 mil 462 delitos, además se reconoció que de cada diez casos de agresiones reportadas solo dos resultan en denuncias formales ante la Comisaría de la Mujer. Demostrando que pese a ser el principal problema de seguridad ciudadana, es el que menos se denuncia y el que más casos de impunidad refleja.

Así poco a poco, el Femicidio, se está posicionando como una categoría de análisis que conduce a evidenciar la especificidad de los asesinatos a las mujeres por razones de género. Según informes de la OMS, el 70% de las mujeres entre los 15 y 44 años de edad que son víctimas de asesinato mueren a manos de su compañero²³, y América Latina es la segunda región con los índices más altos de muertes de mujeres por violencia – tanto en el ámbito rural como en el urbano – mientras que alrededor de la mitad de las muertes de las mujeres en el mundo es responsabilidad de sus esposos, cónyuges, novios, convivientes, ex convivientes y enamorados²⁴.

A nivel Centroamericano, Guatemala es el segundo país con el mayor índice de muertes por Femicidio, después de Ciudad Juárez, México. Según estudios realizados en ese país por Amnistía Internacional y la Comisión Interamericana de Derechos Humanos la violencia en general se ha agravado. De acuerdo con las estadísticas de la policía, en 2005 se produjeron 5,338 muertes violentas, la cifra más alta desde el final del conflicto armado interno que asoló el país entre 1960-1996, y muy superior a la del 2004, que fue de 4,346²⁵. Este estudio señala que la mayor parte de las mujeres asesinadas se ubican en los rangos de edad comprendidos entre los 16 y los 30 años, y que la población más vulnerable son amas de casa, estudiantes y comerciantes. Según Amnistía Internacional este fenómeno tiene origen en valores históricos y culturales que

han mantenido la subordinación de las mujeres y que fueron evidentes durante el conflicto armado interno, el cual se prolongo por 36 años.

El Salvador, es el otro país con altas cifras de Femicidio, contando con 1,320 muertes violentas durante el período de 2001-2005²⁶. Entre las mujeres víctimas de homicidios en los últimos años se encontraron estudiantes, amas de casa, profesionales, empleadas domésticas, miembros o ex – miembros de “maras” y trabajadoras del sexo²⁷.

En un estudio realizado en el 2004 por la Asociación de Mujeres por la Dignidad y la Vida (DIGNAS), afirma que mediante un seguimiento realizado a 134 casos de asesinatos concluyeron que el 66% de los casos los agresores fueron parientes masculinos: padre, padrastro, pareja, tío, hermano, nieto, hijo, abuelo, yerno, sobrino; y únicamente el 13% de los casos pudo comprobarse la responsabilidad de la muerte de la mujer a pandilleros o maras.

En Ciudad Juárez se realizó un estudio en el período de 1993-2001 el cual se enfoco en las características de los hechos como el lugar donde fue encontrada la víctima y si el reporte forense indicaba violación o no, también tomaron en cuenta, la desnudez del cuerpo, la forma en que se deja el cadáver y las diferentes torturas o mutilaciones a las que fue sometido²⁸. Este concluyó que Ciudad Juárez posee ciertas peculiaridades que no se encuentran en otras ciudades, la extrema violencia con que los cuerpos fueron encontrados, que visibiliza la misoginia en la sociedad, relacionado a una alta actividad migratoria y del negocio de los carteles de drogas. En calidad de ciudad fronteriza, Ciudad Juárez se ha caracterizado por el aumento del delito: crimen organizado, narcotráfico, incremento de la actividad de bandas delictivas y presencia de armas de fuego²⁹.

Este estudio contabilizó 110 víctimas de Femicidio, a partir de una segunda fuente secundaria que eran los medios de comunicación escritos, de los 110 casos los crímenes sexuales suman 21. En cuanto al lugar de origen de la víctima el 35.5% permanecieron sin identificación; del 40% se desconoció su procedencia, y el restantes 24.5% provenían de ciudades vecinas a Ciudad Juárez. En relación a las edades de las víctimas, el grupo con el porcentaje más alto de 72.7% tenían edades entre 11 y 22 años. En cuanto a su ocupación los grupos con mayor cifra eran maquiladoras y aquellas cuya ocupación fue desconocida, seguida de estudiantes, empleadas domésticas y “amas de casas”.

En Puerto Rico se realizó un estudio estadístico en el año 2004 sucedieron 31 asesinatos de mujeres, víctimas de violencia doméstica. Desde el 2000 hasta el 2004, los homicidios a mujeres dentro de sus hogares creció en un 34.8%. El 44% de las víctimas oscilan entre 20 y 34 años de edad. El 32.3% de los agresores era cónyuge de la víctima y el 25.8% era pareja de la víctima³⁰.

En Chile entre el año 2001 y 2002, en la región Metropolitana de Santiago se han recogido 84 casos de Femicidios, los autores de estos crímenes fueron parejas o ex parejas sentimentales de las víctimas y familiares. También se han presentado casos de mujeres en prostitución asesinadas por sus “clientes”³¹.

En Perú el fenómeno también está presente, según el estudio realizado entre el año 2003 y 2005 los registros concluyen que hubieron 265 casos de Femicidio. El 58% de las víctimas se encontraba entre los 17 y 34 años, el 17% tenía entre 35 y 52 años, mientras que un 10% presentó entre 53 y 70 años de edad. En relación al agresor, para los años 2003-2005, el 70%, 68%, y el 56% correspondían a los esposos, parejas sentimentales o convivientes de la víctima. En totalidad de casos, el promedio de mujeres que conocía a su agresor asciende al 88%. Por lo tanto, el estudio concluyó que la gran mayoría de crímenes fueron realizados por personas cercanas al entorno social, familiar y afectivo de la víctima. En correspondencia al ámbito de la agresión el 52% de mujeres sufrieron la agresión en sus propias casas y un 23% en el domicilio de su agresor, el 25% fue perpetrado en hoteles u hostales. En dependencia al medio que utilizó el agresor los datos estadísticos de este estudio demostraron que el 48% de los agresores utilizan cualquier arma blanca para perpetrar su crimen, un 21% de los agresores utilizaron arma de fuego.

6.3 Especificaciones Médico-legales del Femicidio

La investigación comenzará en el mismo lugar donde se encuentra el cadáver, con el estudio del lugar de los hechos y recogida de todos los vestigios que puedan dar luz acerca de las circunstancias de la muerte y continuará con la práctica de la autopsia propiamente dicha.

La investigación en el escenario de la muerte o levantamiento del cadáver consiste en la búsqueda meticulosa y ordenada de signos o evidencias en el cuerpo y sus inmediaciones.

La intervención del médico en el escenario tiene tres objetivos:

- 1) Confirmar o descartar la muerte.
- 2) Determinar la hora del fallecimiento
- 3) Contribuir a esclarecer la manera de muerte: homicida, suicida, accidental, natural o indeterminado del suceso.

Para contribuir a esos objetivos, el médico debe proceder en el siguiente orden:

- 1) Examen externo del cadáver.
- 2) Examen de las ropas del mismo.
- 3) Inspección del lugar y los alrededores.
- 4) Recolección de información que posean investigadores, familiares, amigos, compañeros y vecinos de la persona fallecida³².

Etimológicamente la palabra autopsia (del griego *autos*, uno mismo, y *ophis*, vista) significa examen con los propios ojos, comprobación personal. Es sinónimo de necropsia (*necros*, cadáver) y tanatopsia (*thanatos*, muerte). Es un procedimiento que se realiza sobre el cadáver con el fin de estudiar las causas de su muerte, y las circunstancias en las que produjo.

Existen dos tipos de autopsias:

- a) Autopsia Clínica o Anatomo-patológica: en ella se estudian las alteraciones que sufrieron los tejidos como consecuencia de una enfermedad.
- b) Autopsia Médico legal o judicial: cuyo objeto es informar a la autoridad sobre la causa o causas que produjeron la muerte en el caso propuesto y todas las circunstancias que la rodearon, de la exclusión o no como muerte violenta, y el esclarecimiento de la etiología médico legal. Siendo este tipo de autopsia una de las diligencias de mayor transcendencia entre las propias de la actividad médico forense.

A la justicia penal, le interesa especialmente la muerte en tanto tenga un origen violento o sospechoso de criminalidad.

La muerte violenta, es la producida por agentes externos, traumáticos o tóxicos y la producida en situaciones extremas o medio ambientales desfavorables, tales como las muertes por hambre, sed, frío, calor o ausencia de aire respirable.

El paso previo para considerar una muerte Femicida es el diagnóstico certero de que se trata de una muerte violenta de etiología médico legal homicida, no hay muerte Femicida que no sea violenta, lo que se alcanza con la determinación de hallazgos que permitan la interpretación científica de que en el mecanismo o mecanismos de muerte ha intervenido mano ajena al propio individuo. Es importante señalar que la muerte Femicida no es una etiología médico legal. Es una cualificación especial de una muerte de etiología médico legal homicida.

Sin embargo, la primera conclusión a la que debemos llegar tras la realización de la autopsia judicial, es la confirmación de que se trata de una muerte violenta y a partir de ese momento la determinación de la etiología médico legal homicida.

La muerte sospechosa de criminalidad, por el otro lado, son todas aquellas muertes súbitas, inesperadas, a veces de personas jóvenes, sin enfermedad alguna que pudiera hacer pensar en el fatal desenlace, sin causa alguna aparente que la pudiera justificar, de sujetos solos, en muchos casos, desconocidos. Es el carácter rápido y sorpresivo el que provoca que sean controvertidas y por tanto, se practica la autopsia con el fin de comprobar que una muerte natural o en su defecto si es muerte violenta.

La autopsia médico legal se caracteriza por:

- a) Determinar la causa de muerte
- b) Ayudar a establecer la manera de la muerte
- c) Colaborar en la estimación del intervalo postmortem
- d) Ayuda a establecer la identidad del fallecido

Es un proceso que debe ser completo, y recorre las siguientes fases:

- a) Todos los hallazgos obtenidos del levantamiento del cadáver, examen técnico pericial del lugar de los hechos. Examen del cadáver y su perimundo.
- b) Examen de las ropas e indicios biológicos.
- c) Examen externo del cadáver.
- d) Apertura cadavérica por cavidades y examen de las mismas.
- e) Obtención de muestras en su caso para análisis complementarios de laboratorio.
- f) Reconstrucción del cadáver.
- g) Estudio de los resultados de laboratorio.
- h) Finaliza con la emisión del Informe Completo médico forense entregándolo a la autoridad judicial competente con la interpretación científica del conjunto de resultados obtenidos.

En el Instituto de Medicina Legal (I.M.L.) de Managua se realiza tres variables de la autopsia legal las cuales son: Reconocimiento externo, autopsia total y autopsia parcial o de bloques. En el reconocimiento externo se reconoce al individuo con sus características, ropas (vestimenta), señales de agresión externa, etc. En la autopsia total se realiza el examen exhaustivo de todo el cadáver tanto externamente como internamente con sus debidos exámenes complementarios y en la autopsia por bloques se realiza el debido examen de sistemas orgánicos específicos como por ejemplo cerebro, corazón, pulmón, etc., sirviendo de ayuda para realizar futuras investigaciones.

6.3.1 Métodos y técnicas de apertura cadavérica

Los métodos de realizar una autopsia se encuentran en mayor o menor medida sistematizados a través de las diversas técnicas, que se deben seguir con el fin de no pasar nada por alto, protocolizado, pero tampoco debe ser rígido, sino adaptado a las circunstancias propias de cada caso.

Este procedimiento se fundamenta en el conocimiento de la anatomía normal y patológica; de la forma y estructura de los órganos y vísceras y de las relaciones topográficas entre los sistemas y aparatos que componen el organismo.

Antes de comenzar el examen interno o externo del cadáver, el médico forense debe contar con todos los datos que hasta ese momento se hayan obtenido de las diligencias del levantamiento del cadáver y de las investigaciones policiales y judiciales realizadas.

La confirmación de una muerte violenta como Femicida exige una relación minuciosa de todos los elementos que se obtienen de la investigación y estos pueden estar tanto en la escena del crimen como en el cuerpo inerte, pero sobre todo en ambos, complementándose unos datos con los otros.

Las técnicas de la autopsia incluyen el conjunto de procedimientos operatorios que tienen por objeto facilitar la exteriorización y examen de los órganos y tejidos que integran el organismo. Además debe ser posible la reconstrucción del cuerpo, de modo que pueda ser devuelto a sus deudos sin lesionar sus sentimientos. Lo importante de cada técnica es utilizarla en determinación al tipo de caso.

Desde el punto de vista médico legal, toda muerte Femicida debe reunir las siguientes características:

- a) Muerte violenta por determinado mecanismo lesivo en el que además se observa multitud de lesiones de diferente data o cronología, reflejo de la violencia ejercida de forma habitual y continuada.
- b) Muerte violenta tras violación.
- c) Muerte violenta de una masacre donde el denominador común ha sido la muerte de mujeres.
- d) Muerte de una mujer dentro de una secuencia de muertes a mujeres donde el agresor o agresores, dejan alguna “firma” seña propia de identidad que las relaciona.
- e) Muertes de mujeres que inicialmente no estaban asociadas y con motivo de las investigaciones tienen referencias comunes, como edad, profesión, zona geográfica delimitada, etc.
- f) Muerte de mujeres con un mismo denominador común, mecanismo similar específico, en condiciones similares y en un espacio de tiempo determinado.

- g) Muerte de un conjunto de mujeres aunque sea en momentos cronológicos distintos pero con nexos de unión entre sí, dentro de la pertenencia a grupos violentos organizados.

Pero hay que considerar algunos casos, no pocos, en los que la investigación encontrará sus elementos aislados y será la unión de ellos lo que permita su valoración como Femicida. Otras veces tendremos la necesidad de hacer un estudio retrospectivo cuando se han producido diferentes muertes que no se habían interrelacionado entre sí. Se han estudiado aisladas pero tienen un nexo común entre sí, como un mismo ADN, un mismo mecanismo lesivo, circunstancias similares en las que se produjeron, etc.

Los mecanismos de muerte son muy variados y superponibles en la mayoría de los casos a cualquier otro tipo de muerte violenta, en este estudio abordaremos los más frecuentes y dentro de ellos las características propias que podemos encontrar del Femicidio.

6.4 Mecanismos lesivos de muerte más comunes en el Femicidio

Desde un punto de vista médico, se entiende por lesión toda alteración apreciable de los caracteres anatómicos e histológicos de un tejido u órgano con la consiguiente alteración de su función, ocasionada por agentes externos o internos, y se entiende por arma, todo instrumento, elemento o mecanismo, destinado a ofender o, a defenderse, cuya capacidad lesiva es mayor que la que producirían por sí solas las manos.

Es de acuerdo a las características de la lesión que se llegará a la conclusión de que tipo de instrumento fue utilizado por el agresor. Las lesiones por arma de fuego, arma blanca y las asfixias mecánicas implican siempre que el agresor mantuvo cercanía a la víctima.

Es importante que todo médico forense durante el examen de la autopsia posea conocimientos científicos relacionados a los diferentes tipos de lesiones que este puede encontrar en dependencia del instrumento utilizado por el agresor.

6.4.1 Lesiones por Arma blanca

Toda arma blanca se considera un instrumento lesivo manejado manualmente, que atacan la superficie corporal por su filo o filos, su punta o ambos a la vez. El diagnóstico de herida por arma blanca es un juicio valorativo de los caracteres que presentan la herida, a lo que deben unirse los derivados del lugar de los hechos.

Se clasifican en:

- a) Armas Punzantes: de forma alargada, circular o elíptica, diámetro variable, con una punta aguda, de cuerpo cilíndrico-cónicos alargados de punta afilada, como son los alfileres, agujas, clavos, punteros, flechas, lanzas, punzones, etc.
- b) Armas Incisas: poseen una hoja de escaso espesor y sección triangular que actúa solo por el filo, como con las láminas delgadas de metal o trozos de vidrio, cuchillos, navajas, bisturís, etc.
- c) Armas Inciso-punzantes: Estos instrumentos poseen una lamina más o menos estrecha terminada en punta y recorrida por una, dos o más aristas afiladas y cortantes, denominándolas según su número en monocortantes, bicortantes y pluricortantes. Dentro de este tipo de armas tenemos las navajas, los cuchillos de punta, los puñales, etc.
- d) Armas Inciso-contundente: son provistos de una hoja con filo, y un peso considerable, por lo que su efecto cortante se añade el propio de una gran fuerza viva. Dentro de este tipo tenemos los sables, los cuchillos pesados, azadones y las hachas.

6.4.1.1. Heridas por armas Punzantes

Sus heridas suelen tener un orificio de entrada y uno de salida. El orificio de entrada posee una zona contusita, halo contusivo causado por el impacto del mango con la piel. Si el instrumento es muy fino, el orificio queda reducido a un punto rojizo, si el instrumento es más grueso, el orificio es similar a un ojal, estas características brindarán una buena parte del diagnóstico del tipo de instrumento utilizado. El orificio de salida es más irregular, pues la piel se va perforando de adentro hacia afuera, dando lugar a una especie de estallido, con lo que produce fisuras y roturas atípicas.

6.4.1.2 Heridas por Armas Incisas

Estas heridas suelen ser de tres tipos: lineales, en colgajo y mutilantes. El degüello, cuyo estudio adquiere un extraordinario interés en caso de Femicidio, tiene una disposición preferentemente en la cara anterior del cuello a diferencia de los suicidios, en los que se presentan en la cara antero lateral del cuello ya sea derecha o izquierda.

a) Lineales

Producidas por los instrumentos que penetran perpendicularmente a la piel, a medida que secciona tejidos, y estos van perdiendo su elasticidad, la herida tiende a abrirse en forma de paréntesis, y a veces, dan lugar a la formación de dos paredes que confluyen hacia abajo, dibujando una sección triangular de vértice inferior.

Hay situaciones en las que los extremos de estas heridas pueden ser similares a un arañazo superficial que no siempre tiene la misma dirección que el resto de la incisión, a estas características se les denomina “colas”. Hay una cola de ataque, que es la iniciación del corte y una terminal. En situaciones en las que la cola de ataque está ausente, el inicio de la herida se le denomina cabeza de ataque. En todo caso, la cola más larga suele ser la terminal, al ir perdiendo contacto el instrumento con los planos cutáneos, esto nos sirve para indicar el sentido en que fue producido el corte.

b) En colgajo

En este tipo de herida el instrumento a penetrado la piel en sentido oblicuo, dejando uno de sus bordes en bisel obtuso, mientras que le otro, resulta una lámina o colgajo de sección triangular con el borde libre, largo o corto, grueso o delgado, dependiendo de la longitud del arma, oblicuidad del corte y de su profundidad.

c) Mutilantes

Estas heridas con producidas cuando el instrumento ataca una parte saliente del cuerpo (la oreja, extremidad de los dedos, la punta de la nariz, el pezón mamario) dando lugar a su separación completa. Su morfología es diferente, lo que nos puede llevar a un error al pensar que ha sido producida por un arma distinta.

d) Heridas Incisas atípicas

Estas incluyen las heridas rozaduras o erosiones, las heridas en puente o “zig-zag”, o las heridas irregulares. Las primeras se forman cuando el instrumento no hace más que

rozar tangencialmente la superficie cutánea, desprendiendo parcialmente la epidermis. Las segundas suelen ocurrir en zonas de pliegues cutáneos como el abdomen prominente, párpados o escroto, el arma actúa linealmente pero por el pliegue, una vez extendemos la piel, se ven cortes separados por un puente o una herida en “zig-zag”. Las terceras con causadas por armas sin filo.

6.4.1.3 Heridas por armas Inciso-punzantes

Estas lesiones poseen también un orificio de entrada y otro de salida. El orificio de entrada tiene forma de fisura, uno de sus extremos suele ser más agudo, el cual corresponde con el del lado cortante. Cuando la herida es causada por una arma monocortante, lo característico es la presencia de un lomo, opuesto al borde cortante. Como consecuencia, uno de cuyos extremos de la herida forma ángulo agudo y el otro es casi redondeado o cuadrado. Cuando el arma es bicortante, la herida tiene la forma de una fisura, con dos ángulos agudos. No tiene “cola” si el arma entro y salió perpendicularmente a la piel. Las heridas por las armas pluricortantes tienen forma estrellada, pues poseen tantas puntas como bordes cortantes.

El orificio de salida puede ser o no constante, pues las armas corto-punzantes son ordinariamente más finas y agudas por la punta.

Cuando las heridas son causadas por tijeras, estas poseen una morfología especial, según el modo como haya entrado el instrumento. Uno de ellos puede poseer una forma de ojal si las tijeras penetraron con las dos ramas cerradas, por el contrario, cuando esta penetra con sus ramas abiertas, se producen dos heridas en forma de fisura lineal que dibujan en conjunto una “V”.

6.4.1.4 Heridas por armas Inciso-Contundente

Estas heridas poseen una solución de continuidad de la piel a la que se une la contusión por la acción de la masa. Se caracterizan por ser bien profundas, que no respetan las partes duras, el hueso, lo que las diferencia de las demás.

Estos tipos de armas actúan mediante un mecanismo de presión que el agresor ejerce sobre el arma, penetrando en el organismo y superando la resistencia y elasticidad de los tejidos blandos por el filo de la misma.

6.4.2 Lesiones por Arma de Fuego

Llamadas armas de fuego por el hecho de que en modelos iniciales los disparos iban acompañados de la salida de una llamarada por la boca del arma. Son instrumentos destinados a lanzar violentamente ciertos proyectiles, mediante una fuerza explosiva de gases que se desprenden al inflamarse de forma instantánea sustancias explosivas en un espacio confinado.

Estas armas compuestas de tres partes:

- a) La culata: destinada a sujetar el arma.
- b) Mecanismo de disparo: formado por un percutor, que se acciona con un gatillo, y de extracción, en su caso, para expulsar el casquillo de la munición una vez hecho el disparo.
- c) El cañón: Es un cilindro hueco, de mayor o menor longitud según el arma. Posee un cuerpo y dos orificios o bocas. La posterior es llamada boca de carga y está unida a la cámara de disparo, desde donde pasa el proyectil al cañón en el momento de la deflagración de la carga. El orificio anterior, libre, se llama también boca de fuego, por ser donde sale el proyectil al exterior en el momento del disparo. La superficie interna del cañón puede ser lisa o estriada por unas crestas curvilíneas que recorren toda su longitud en sentido helicoidal; estas estrías imprimen al proyectil un movimiento de rotación que mantiene su trayectoria y le da una mayor fuerza de penetración.

A diferencia de las heridas por arma blanca, las heridas por arma de fuego tienen ciertas características que las diferencian, pues dependiendo de la distancia sobre la cual el proyectil es disparado se encontraran rasgos ya sea en la ropa, piel, vísceras o el plano óseo

6.4.2.1 Plano Ropa

Es la fase inicial. En este plano es importante valorar la rotura de la ropa con el de los orificios, de manera que hay que ser muy meticuloso al manipular el cadáver, pues las balas y su disposición hacia la ropa, al igual que los vestigios de sangre, nos orientaran la posición de la víctima en el momento del impacto.

Las ropas deberán ser sometidas a estudios complementarios, pues dependiendo de la distancia en la cual se disparo el proyectil, se tendrán vestigios a analizar.

6.4.2.2 Plano Cutáneo

En el plano cutáneo es importante definir el orificio de entrada y el orificio de salida. El orificio de entrada suele ser redondo u oval, de acuerdo al tipo de proyectil, es posible que se obtenga desde un orificio de entrada por cada disparo, hasta varios orificios si la bala se fragmenta antes de alcanzar el blanco. El diámetro suele ser variable.

La cintilla erosiva – excoriativa, es muy estrecha, apergaminada en el cadáver, de color más o menos oscuro, constituye un elemento característico del orificio de entrada, con forma circular cuando el disparo es perpendicular o de forma ovalada si el disparo fue en dirección oblicua.

Esta cintilla erosiva está formada por la contusión de la piel, por la bala, en el choque, la erosión originada por la distensión de la piel antes de perforarse, y que produce verdaderas roturas de las fibras cutáneas, y la frotación del proyectil sobre la piel deprimida en dedo de guante.

Aparece también el anillo de enjuagamiento o de limpiamiento, en la parte interna del orificio y junto a la cintilla de contusión, y se produce al limpiarse la bala de la suciedad que pudiera llevar, a su paso por el orificio.

Estos dos últimos elementos que podemos encontrar en el orificio de entrada, constituyen lo que se denomina el “anillo de Fish”.

Es importante mencionar que todos los elementos que acabamos de describir, orificio de entrada, en el plano cutáneo o piel, son elementos constantes, es decir, se van a dar en todos los disparos por proyectil de arma de fuego, independiente de la distancia a la que se dispare.

A larga distancia, solo aparecen los elementos constantes. Si nos vamos acercando, aparecen otros hallazgos. A corta distancia además de los elementos constantes, tendremos el tatuaje o toraceo.

El tatuaje consiste en las formaciones resultantes del disparo que se dibujan alrededor del orificio de entrada, producidas por las incrustaciones de pólvora. Poseen una disposición concéntrica al orificio de entrada en los disparos perpendiculares a la piel, mientras que en los disparos oblicuos adopta una forma oval. Su coloración varía con el

tipo de pólvora, desde negruzca hasta grisácea amarillenta o grisácea verdosa. Pueden ser resistentes al lavado, pues se incrustan en los estratos cutáneos.

También podremos encontrar signos de quemadura o el depósito negro de humo, los cuales nos orientan a que el disparo se ha producido a quemarropa o semicontacto.

La quemadura se produce por acción de los residuos sólidos de la explosión que se hacen incandescentes. Son quemaduras que primer o segundo grado. Pueden ser concéntricas o excéntricas, según si el disparo fue perpendicular u oblicuo. Se suele unir a la quemadura el depósito negro de humo, que puede fácilmente desaparecer con el lavado suave con agua.

Otra característica es la herida en boca de mina o cuarto de mina, la cual surge cuando el disparo se ha hecho en íntimo contacto con el blanco, son los gases que al penetrar refluyen al encontrar un obstáculo óseo, originando un extenso estallido de la piel. Generalmente se produce cuando hay hueso debajo de la piel y sobre todo hueso plano como en la cabeza.

Estos disparos nos indican un disparo a cañón tocante, o llamado también boca de jarro, en el que están presentes los elementos constantes, el tatuaje, las quemaduras y negro de humo mas el efecto descrito de la onda explosiva constituyendo todo ello la denominada boca de mina o cuarto de mina.

El signo de Puppe – Wergartner, es una zona rojiza, eritematosa e incluso excoriada que se produce por el contacto del cañón con la piel. Al estar caliente el cañón por el disparo y este en contacto con la piel, deja su impronta, su huella, su forma más o menos claramente marcada en la piel. Este signo solo se produce cuando el disparo es a cañón tocante.

Durante el examen externo del cadáver es posible que encontremos heridas por proyectil de arma de fuego de características atípicas, como por ejemplo, simples contusiones ya sea porque la bala muerta no llegó a perforar o el proyectil chocó con obstáculos como medallas, carteras, antes de alcanzar a la víctima. Otra herida atípica son los surcos producidos por balas que alcanzan el cuerpo tangencialmente.

En orificio de salida en cambio, depende tan solo en su producción del paso del proyectil (de dentro a fuera) y no intervienen los demás elementos del disparo, carece de

cintilla de contusión, de tatuaje, etc. Sus bordes suelen ser evertidos, cuando existen, pues en ciertas situaciones el proyectil permanece en los tejidos.

6.4.2.3 Plano Visceral

Los hallazgos estarán en función de los órganos que afecte el proyectil, sin embargo, en este plano encontraremos el anillo hemorrágico, compuesto por el orificio que deja la bala en la víscera y por un infiltrado hemorrágico alrededor del mismo, aunque en algunos casos, como es el corazón, la bala lo atraviesa tangencialmente dando lugar a una lesión en forma de canal, y para establecer la trayectoria de dicho canal es importante que asociemos los hallazgos en el plano visceral con el plano cutáneo.

El calibre del trayecto no suele ser uniforme, sino que se ensancha debido a las deformaciones sufridas por el proyectil, y sobre todo, a consecuencia de las esquirlas óseas y cuerpos extraños que la bala moviliza y arrastra a su paso. De manera que podremos distinguir dos trayectos unos rectilíneos, y otros trayectos con desviación por choques, sobre todo con huesos.

En situaciones en las que no encontramos el orificio de salida, los rayos X son un método auxiliar para facilitar la localización de la bala, aún en ausencia de este método auxiliar el perito medico no debe cejar en sus esfuerzos hasta encontrar el proyectil.

6.4.2.4 Plano Óseo

La destrucción del hueso por la bala, va a ser irregular en el caso de huesos largos como fémur, húmero, cúbito, radio, tibia o peroné, dando lugar a fracturas parciales o totales del hueso. Sin embargo, en huesos planos y especialmente en el cráneo podemos observar algunos hallazgos característicos.

El cráneo está compuesto de dos tablas o diploes, el externo y el interno. En la externa encontraremos el signo del embudo, que consiste en un orificio de entrada más o menos circular con un diámetro menor que la localizada en la tabla interna, y el orificio de salida poseerá un diámetro menor en la tabla externa que en la interna.

Se encontrará por lo general una línea de fractura irregular, alargada, en el orificio de entrada como consecuencia de la presión que va a transmitir el proyectil al interior del cráneo en el momento de su entrada. El orificio de salida a nivel craneal, se podrán

observar a veces pequeñas líneas de fractura consecuencia de la rotura del hueso de dentro a fuera.

Mención aparte merecen las características de los orificios y trayecto causado por proyectiles múltiples o perdigones.

A corta distancia los perdigones se encuentran reunidos formando bala, uniendo su efecto al de los gases de la pólvora para causar trastornos enormes y absolutamente característicos: atrición de las partes blandas, abertura del cráneo, etc. Además junto a los elementos del disparo suele entrar en el cuerpo el llamado taco o borra, elemento generalmente de plástico que separa en el cartucho la zona de pólvora de la de los perdigones.

A mayor distancia, los perdigones se separan y actúa cada uno de ellos aisladamente, repartiéndose por una superficie tanto mayor cuanto más lejos se hizo el disparo. Al actuar cada perdigón como un proyectil independiente, las lesiones ocupan una superficie mucho más extensa, si bien cada una de ellas, por separado, tiene mayor energía cinética y con ello, menor fuerza de penetración. Dada la pequeña masa de cada proyectil, los perdigones suelen ser de escasa longitud y el orificio de salida falta la mayor parte de las veces.

6.4.3 Lesiones por asfixia mecánica

Se definen como aquellas situaciones de anoxia anóxica, (falta o escasez de oxígeno en la sangre) capaz de producir la muerte de la persona y que están causadas por respirar en una atmósfera pobre en oxígeno, como ocurre en situaciones de confinamiento, o bien es consecuencia de la existencia de un impedimento físico que interrumpe el flujo del aire a través de las vías respiratorias, como cuando hay constricción del cuello (ahorcadura o estrangulación) o por sofocación (taponamiento de los orificios respiratorios, compresión toraco-abdominal, sumersión).

Antes de comenzar a explicar los hallazgos en cada tipo de asfixia mecánica es importante mencionar que hay un cuadro general asfíctico que se caracteriza por cianosis en labios y uñas, congestión visceral generalizada, punteado hemorrágico más frecuentemente visible en la conjuntiva de los ojos, y sangre oscura y fluida.

6.4.3.1 Ahorcadura

Consecuencia de la constricción del cuello, ejercida por una lazo sujeto a un punto fijo, sobre el cual hace tracción el propio peso del cuerpo.

Existen tres modalidades etiológicas:

- a) Homicida
- b) Suicida
- c) Accidental

Es la ahorcadura homicida la que expresa concretamente el contexto del Femicidio, tiene lugar cuando existe una gran desproporción de fuerzas entre agresor y víctima, víctimas infantiles; también se puede dar cuando se encuentra la persona privada de conciencia, por traumatismo previo o uso de tóxicos, o se trata de una agresión en grupo, de un linchamiento y suspensión.

Toda muerte por ahorcadura tiende a presumirse como suicida, lo que es un grave error. Siempre es preciso confirmar la causa de muerte, pues puede tratarse de una muerte Femicida por cualquier otro mecanismo y posteriormente ahorcar el cadáver con el fin de simular un ahorcamiento suicida.

Se clasifican en:

Según la posición del cuerpo:

- a) A. Completa: es aquella en la que el cuerpo de la víctima está totalmente suspendido en el aire, sin ninguna zona de apoyo.
- b) A. Incompleta: en este tipo existe cierto tipo de contrato en un punto de apoyo.

Según la posición del nudo

- a) A. Simétrica: cuando el nudo se encuentra en línea media del cuello.
- b) A. asimétrica: situación en la que el nudo se encuentra en cualquier otra posición, excepto la línea media.
- c) A. Típica: es exclusivamente aquella en la que el nudo está situado en la línea media de la parte posterior del cuello.
- d) A. Atípica: corresponde a la situación del nudo en cualquier otra posición.

Según la consistencia del nudo:

- a) Blandos
- b) Rígidos

En el examen externo la lesión fundamental a nivel del cuello, es el surco, que forma una depresión longitudinal que rodea aquél llamada “dibujo de la trama del lado” apergaminado o también encontramos una fina capa rojiza en ambos lados del surco.

El surco en estos casos es encontrado en una dirección oblicua ascendente hacia el nudo, puede llegar a tener una profundidad variable, su continuidad puede estar interrumpida. El número de nudos puede ser variable, desde uno solo hasta múltiple. Por lo general, se encontrara por arriba del cartílago tiroides.

El rostro puede estar o no congestionado, esto dependerá del compromiso vascular, en casos de ahorcadura asimétrica e incompleta en la que la sangre de las arterias carótidas disminuye su flujo hacia las arterias vertebrales el rostro se puede encontrar con un aspecto congestivo, cuando la ahorcadura es completa y simétrica en la que tanto la circulación venosa como arterial se obstruyen, el rostro se torna pálido.

La lengua puede encontrarse protruida, los ojos en exorbitismo, y la cabeza inclinada hacia el lado contrario al que se encuentra el nudo. En casos de suspensión completa, encontraremos livideces cadavéricas que se sitúan en las porciones distales de las extremidades.

En el examen interno, se hace una cuidadosa disección del cuello, tras la autopsia craneal y torácica, lo que facilita el drenaje de los vasos cervicales y minimiza la aparición de falsas infiltraciones hemorrágicas en las partes blandas.

Encontraremos las siguientes lesiones en el examen interno:

- a) Línea argentina: condensación del tejido celular subcutáneo.
- b) Signo de Martin: infiltraciones hemorrágicas en músculos y adventicia de los vasos.
- c) Signo de Amussat: desgarros de la capa interna de las arterias carótidas.
- d) Signo de Otto: desgarros de la capa interna de las yugulares internas.
- e) Fracturas de las astas mayores del hueso hioides y de las superiores del cartílago tiroides.

A los signos anteriores hay que sumar el cuadro general e inespecífico de las asfixias, congestión visceral generalizada, cianosis sobretodo en la cabeza e infiltrados hemorrágicos y sangre oscura y fluida.

6.4.3.2 Estrangulación

Es consecuencia de la constricción del cuello, mediante la aplicación de una fuerza que actúa por intermedio de un lazo, o por las manos, antebrazo o cualquier otra estructura rígida.

Su etiología médico-legal más frecuente es la homicida, son raros los casos suicidas o accidentales. Es uno de los mecanismos más utilizados en los Femicidios y puede ir asociado a violencia sexual previa.

Se clasifica en:

- a) Estrangulación a lazo: la constricción del cuello se efectúa a través de un lazo. Los lazos pueden ser variados (corbatas, cinturones, medias, cables eléctricos, etc.).
- b) Estrangulación a mano: la constricción del cuello se realiza por medio de una o ambas manos.
- c) Estrangulación antebraquial: la constricción del cuello se efectúa entre el brazo y el antebrazo sobre la laringe, ocluyendo la vía aérea y comprimiendo las caras laterales del cuello anulando la circulación carotídea. Este tipo de estrangulación presentara escasas lesiones externas a nivel del cuello, aunque si se realiza por medio de un objeto rígido las lesiones son evidentes.

Lo más característico al examen externo es el surco de estrangulación, o depresión longitudinal que rodea todo el cuello, suele tener una dirección horizontal, de profundidad uniforme en todo el contorno, rodea completamente todo el cuello, puede llegar a ser múltiple, por lo general se encuentra por debajo del cartílago tiroides, y su fondo suele ser blando.

En Femicidios podemos encontrar en la vecindad del surco, estigmas ungueales semilunar o lineales, que son pequeñas equimosis redondeadas correspondientes a de los dedos del agresor, en un intento previo de estrangulación a mano, o por los esfuerzos

de la propia víctima, de librarse del lazo, también se pueden encontrar en torno a la boca y labios por los intentos de acallar la víctima.

Por ser un mecanismo asociado a la agresión sexual, debe realizarse una cuidadosa exploración ano-genital y recoger muestras de las cavidades vaginal, rectal y bucal, para la detección de semen y de sus características grupo-específicas, en caso de resultado positiva.

En el examen interno del cuello, encontraremos infiltraciones hemorrágicas en las partes blandas y rupturas osteo-cartilaginosas. En el resto del examen encontraremos los hallazgos generales e inespecíficos del síndrome asfíctico.

6.4.3.3 Sofocación

Este mecanismo incluye diversas modalidades de asfixia mecánica, cuyo nexo de unión, es la mayor pureza con que, con respecto a otras asfixias, se produce la muerte por un mecanismo de anoxia anóxica.

Tipos sofocación:

- a) Por oclusión de los orificios respiratorios
- b) Por compresión externa toracoabdominal (aplastamiento por multitudes, derrumbamientos, etc.)
- c) Por obstrucción de las vías respiratorias (aspiración de cuerpo extraños, alimentos, etc.)
- d) Por carencia de aire respirable.

En la sofocación por oclusión extrínseca de los orificios respiratorios, se observará en el examen externo del cadáver vestigios de la acción oclusiva de estos. Podríamos encontrar equimosis redondeadas y excoriaciones, algunas de estas con las características de los estigmas ungueales, de localización alrededor de la nariz y de la boca, además de otras lesiones en la cara. También pueden existir contusiones y desgarros en la cara interna de los labios, que se producen al quedar comprimidos contra las arcadas dentarias.

Si la sofocación fue causada por oclusión intrínseca de las vías respiratorias, el hallazgo del cuerpo o cuerpos extraños en el interior de la vía respiratoria es la aportación

fundamental de la autopsia. Cuando objetos como trozos de tela se introducen de manera forzada se pueden encontrar lesiones contusas en la boca y faringe.

Los más frecuente es que los de tamaño grande se encuentren obstruyendo la glotis y los de menor tamaño aparezcan alojados en la bifurcación traqueal, en un bronquio principal o rellenando completamente las vías aéreas en los casos de sepultamiento.

En los Femicidios podremos por tanto ver cualquiera de estos mecanismos de muerte que en conjunto conforman el grupo de las sofocaciones. Como final de un continuo de la violencia habitual, tras agresiones sexuales, etc. El confinamiento o ausencia de aire respirable debe tenerse en cuenta en los secuestros y los sepultamientos.

6.4.3.4 Sumersión

Se puede definir la sumersión, como la muerte producida por la entrada de un medio líquido, habitualmente agua, en las vías respiratorias.

Se clasifican:

Según el nivel de sumersión

- a)** Completa: la totalidad del cuerpo está sumergido.
- b)** Incompleta: parte del cuerpo se encuentra sumergido.

Según el tipo de agua

- a)** Sumersión en agua dulce
- b)** Sumersión en agua salada

Puede llegar a tener una etiología médico-legal suicida y accidental y homicida. En el Femicidio este mecanismo de muerte se llega a utilizar como última instancia, es posible que en la víctima encontremos golpes, estrangulación u otras violencias con las que se pudo llegar a aturdir previamente a la víctima y colocarla en una situación de indefensión para después consumir el crimen mediante una sumersión.

Debido a que la forma etiológica más habitual es la accidental, se cometen graves errores al no investigar adecuadamente estos casos de sumersión prejuzgando una etiología médico-legal accidental cuando en realidad se puede estar disimulando un Femicidio causado con otros medios.

Al examen externo el cadáver puede mostrar un conjunto de signos que son consecuencia de diversas circunstancias, por lo que debemos valorar los signos secundarios a la permanencia del cadáver en el agua.

- a) Frialdad de la piel
- b) Cutis anserino o “piel de gallina”
- c) Retracción del pene, escroto y pezones.
- d) Maceración epidérmica o “mano de lavandera” (piel blanquecina, arrugada, y engrosada).
- e) Lesiones de arrastre y otras lesiones postmortem.
- f) Posibles lesiones de otro origen, previas a la sumersión.
- g) Signos de que la víctima murió en el agua.
- h) Lesiones Postmortem (eventuales).

Al examen interno podemos encontrar el hongo de espuma, es un signo atribuible a reacción vital, puede llegar a cubrir boca y ventanas nasales, alcanzando el árbol traqueo bronquial. Su formación se debe a una acción de batido, durante la respiración agónica, de agua, aire y mucosidades bronquiales, se tiñe de rojo por adición de sangre procedente de los desgarros alveolares.

A la apertura del tórax, los pulmones estarán distendidos, aumentados de peso y tamaño. A la palpación se aprecia la crepitación propia de la presencia de agua en la superficie corporal tras romperse los alveolos (enfisema acuoso). Es posible también encontrar las denominadas “manchas de Paltauf” que consisten en equimosis o lesiones hemorrágicas en el pulmón.

El corazón presentará dilatación de sus cavidades con sangre fluida no tan negruzca como en otros tipos de asfixia. La sangre en general se encontrara fluida, debido a su dilución.

En el abdomen, habrá presencia de líquido de sumersión en las vías digestivas. El estómago de los cadáveres de ahogados contiene agua en la inmensa mayoría de los

casos. No es indicio seguro de sumersión vital, pues está demostrada la posibilidad de penetración postmortem de volúmenes incluso superiores a 500 cc.

En el intestino delgado también podremos encontrar líquido de sumersión, tanto en duodeno como en yeyuno y, excepcionalmente, en íleon. Algunos autores estiman el hallazgo de líquido en el intestino como signo de sumersión vital, por estimar que el píloro no permite el paso después de la muerte; no obstante, este criterio se invalida cuando se establece la putrefacción.

Como estudios complementarios de laboratorio, contamos con el examen histopatológico de los pulmones y la investigación de las modificaciones de la sangre, mediante el análisis de la dilución relativa de la sangre.

6.4.4 Agresiones Sexuales

Llamamos agresión sexual a todo acto sexual que bien es violento y no consentido, o es fruto del miedo, o bien el consentimiento está viciado por ser la víctima menor o incapaz. Es uno de los actos más claros de abuso y preponderancia del varón sobre la mujer. Los últimos estudios han demostrado que la agresión sexual es en su mayoría debida a la condición de la mujer per se, es decir, que el único factor de riesgo en la víctima de violencia sexual, es “ser mujer”, ya sea una mujer joven adulta, o niña o una mujer anciana.

Clasificación

- a) Agresión Sexual: acto sexual realizado con violencia e intimidación. Mediante acceso carnal por vía vaginal, vía bucal o vía anal, o introducción de objetos por vía vaginal o anal.
- b) Abuso sexual, acto sexual no violento, pero no consentido o con consentimiento viciado por ser realizados sobre menores (las distintas legislaciones establecen la edad límite), o sobre personas privadas de sentido por ejemplo narcotizadas o trastornadas mentalmente como un retraso mental. En el caso de abuso sexual no es necesario que medie violencia e intimidación.

En un alto porcentaje los casos de Femicidios tienen una relación directa con la agresión sexual. Sin embargo, estos pueden quedar fuera de los datos estadísticos, porque aunque se establezca que se trata de una muerte violenta, no siempre se

establece la existencia de una violencia sexual ya que pasa desapercibida si no se realiza la autopsia judicial, y aún en el caso que se investigue, la violación queda en un segundo plano y solo consta como homicidio para las estadísticas.

Algunas de las circunstancias por las que el agresor asesina a su víctima después de agredirla sexualmente.

1. Para evitar ser identificado, en este caso normalmente el agresor conoce o pertenece al círculo de la víctima.
2. Como práctica sádica del “depredador” sádico en serie siendo único el agresor.
3. Por estar dentro del contexto de asesinatos por grupos mafiosos o maras, como forma de “escarmiento” a otro grupo. Marcan a sus víctimas como los símbolos propios de su grupo.
4. Como forma extrema de violencia dirigida a la satisfacción de los instintos sexuales y agresivos hacia el grupo que consideran “débil”, las mujeres.

Como exponente tenemos el caso de Ciudad Juárez (México), donde este tipo de crimen es especialmente representativo y donde las características de las muertes hacen sospechar la existencia de un o unos grupos dedicados a la satisfacción sexual en grado sádico y especial odio al género femenino. Mujeres jóvenes son secuestradas y durante su secuestro torturadas, violadas por agresores múltiples, para posteriormente mutilarlas y asesinarlas³³.

Cuando aparece el cadáver de una mujer supuestamente víctima de agresión Femicida, debemos considerar si el lugar donde aparece el cuerpo es verdaderamente la escena del crimen o el cuerpo ha sido trasladado, por lo que es sumamente importante estudiar los indicios tanto en el cuerpo como en el entorno.

Al examen externo podemos observar lesiones en cualquier área corporal, incluyendo áreas de interés sexual y áreas genitales perineales.

Toda contusión, fractura, herida de arma, etc. Nos puede indicar el tipo de violencia, la causa de la muerte, la data de la misma y si las lesiones observadas son hechas en vida o postmortem.

Al examen interno deberemos considerar la apertura y estudio del aparato genitourinario y autopsia lumbopelviana, esta última es de extremo interés en la investigación de aquellos Femicidios relacionados con agresión sexual.

La importancia de esta técnica específica de autopsia reside en la extracción de la región perineal en un bloque único junto con la vulva, ano, vagina, útero y ampolla rectal, única técnica que nos permitirá el estudio completo y minucioso de esta región anatómica.

Antes de cualquier manipulación es importante la recolección de muestras biológicas de pelos, semen, secreciones vaginales, etc. Luego se procede a la apertura de cavidades, craneal y tocaco-abdominal con evisceración de recto hasta su porción más terminal y de las vísceras torácicas y lumbopelvianas excepto vejiga urinaria, ovarios, trompas, útero, vagina, vulva, ampolla rectal y ano, además del resto del suelo perineal cuya especial técnica que empleemos nos permitirá extraerlos en un paquete único para su estudio completo en la mesa auxiliar.

Para la ablación de los órganos de la cavidad pelviana, se comienza por realizar un corte circular del peritoneo a todo lo largo del estrecho superior y, con ayuda de una pinza, se va disecando la serosa peritoneal y los tejidos subyacentes en todo el contorno del corte.

Por delante se despegan los tejidos blandos del pubis, se cortan los ligamentos anteriores de la vejiga. Por detrás se disecan del sacro hasta el esfínter rectal interno. Se forma así a modo de un saco peritoneal, en cuyo interior están alojados todos los órganos pelvianos, que solo se adhieren ya a los tejidos blandos perineales. A continuación, se sitúa el cadáver en el extremo de la mesa. Las rodillas se ponen en flexión y los muslos en aducción máxima, forzando la rigidez cadavérica.

Se coloca un zócalo bajo el sacro. El operador se sitúa entre los muslos y traza con el bisturí dos cortes laterales de concavidad interna, que van de pubis a coxis, reuniéndose en sus extremos de modo que dibujen, en conjunto, una elipse de eje mayor antero posterior, en el que quedan comprendidos la vulva y el ano. Se profundiza el corte, llegando con el bisturí hasta la cavidad pelviana. Una vez liberados los órganos en bloque, se depositan sobre la mesita de vísceras para proceder a su examen. Este comienza por el estudio de los genitales externos, prestando especial atención al orificio vaginal inferior y a la membrana himeneal (aspecto, consistencia, desgarros, cicatrices, etc.).

Se da vuelta al bloque, de modo que el recto se encuentre en la parte superior, con el ano frente al operador; se introduce por él unas tijeras abotonadas y se abre, así como el

recto, por la línea media de la cara posterior; se examina su contenido, se lava y se observa la mucosa y el orificio anal.

Se pasa al examen de la vagina y del útero. Abriendo estos por la línea media en su cara posterior, interesando al mismo tiempo en el corte la cara anterior del recto. El corte llega hasta el fondo del saco vaginal.

Se abre la vagina y se examina su contenido; sus paredes, los fondos de saco y el extremo inferior del útero. Se corta a continuación el útero, siguiendo el borde derecho hasta el abocamiento de la trompa; a continuación del borde superior, con lo que se abre las vísceras como un libro sobre su borde izquierdo. Se examina el interior del útero, primero con su eventual contenido y luego de haberlo lavado para estudiar su mucosa.

Después de haber reconocido el útero se pasan a reconocer los ovarios y las trompas. Para los ovarios se hace un corte en todo su espesor, desde su borde posterior al ligamento ancho, abriendo y examinando la superficie de sección. La trompa se examina mediante cortes transversales, separados unos de otros un centímetro, que interesan todo el espesor del conducto.

Para examinar la vejiga y la uretra, se da la vuelta al bloque de vísceras, de modo que la vejiga este arriba y dirigida hacia el disector. Se abre un ojal, se recoge la orina, si la hay (habitualmente, la vejiga femenina está vacía dada la menor longitud de la uretra y su dirección mas rectilínea), y se amplía el ojal a lo largo de la pared anterior de la vejiga, siguiendo el corte por la uretra hasta el meato. Una vez abierto se examina la mucosa y el abocamiento de los uréteres.

Una vez hecha la disección longitudinal vulvo-vaginal y ano-rectal, se procederá de nuevo a la toma de muestras con hisopo, en cada una de ellas y en toda su extensión, y a continuación la exploración de la pared anotando cuantos hallazgos encontremos. Si hay lesiones himeneales, desgarros, cicatrices.

Las lesiones vulvares ya habrán sido observadas en el examen externo por desproporción de las partes copulativas u otras veces de origen sádico.

Podremos encontrar lesiones realizadas por maniobras con la mano u objetos, en forma de eritemas, erosiones y excoriaciones incluso herida incisiva o punzante siendo estas producidas habitualmente por cuerpos rígidos, que dan lugar a roturas en los fondos de saco vaginales o lesionan el cuello del útero.

Otros hallazgos incluyen la presencia de cuerpos extraños, procesos inflamatorios, etc.

En el examen del recto tiene interés el descubrimiento de lesiones agudas, erosiones, excoriaciones y a veces desgarros con perforación de la pared, presencia de semen en su interior o de cuerpos extraños.

Lo más probable, es que la muerte de la mujer o de la niña se haya producido tras la agresión sexual pero también se pueden producir lesiones en órganos sexuales tras su muerte, en cuyo caso serán lesiones post mortem con sus debidas características anatomopatológicas, sin olvidarnos de los casos de relaciones sexuales postmortem o necrofilias.

Los restos de interés anatómico deberán preservarse para su estudio microscópico los cuales, junto con los restos para estudio de tóxicos, quedaran en custodia para cualquier requerimiento judicial con respecto al caso en estudio.

6.4.5 Lesiones de Lucha y Defensa

Todas las lesiones pueden tener un especial significado, pero las lesiones de defensa y lucha requieren una especial atención, pues inicialmente son lesiones que pueden ser similares a otras que presente el cuerpo pero su interpretación como tales nos conduce definitivamente a una etiología médico legal homicida y de ahí posiblemente a incluirla como Femicidio.

Este tipo de lesiones nunca se dan en muertes de otra etiología médico-legal suicida o accidental.

Pueden estar creadas por el arma que da muerte a la víctima o no. Cuando la víctima es agredida, suele defenderse con las manos y piernas y cuando se ve reducida tiende a adoptar la posición fetal de defensa. Así son muy características estas lesiones en antebrazos y piernas pues las victimas intentan con estos miembros parar los golpes.

También son frecuentes los cortes en antebrazos y en la palma de la mano cuando el agresor porta un arma blanca. Los primeros, en antebrazo por la razón ya explicada, y los segundos en la palma de las manos por el intento de la víctima de asir el arma del agresor para quitársela, haciéndolo por el único sitio que se puede, que es por

la hoja, momento en que el agresor desde el magno o empuñadura, tira del arma hacia sí mismo, creando esos cortes característicos.

Otras veces son contusiones, por patadas en piernas, o espalda y brazos aunque pueden estar presentes en cualquier parte del cuerpo. Las contusiones digitadas en brazos, sujetando a la víctima son muy características al igual de los muslos en su cara interna cuando se ha producido agresión sexual previa.

En algunos casos son muy llamativas, en otros, pueden pasar más desapercibidas. Siempre el investigador deberá tenerlas en cuenta por su importancia ya que aportan al jurista elementos de prueba pericial de un valor indiscutible.

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

a) Tipo de Estudio

El presente estudio, según el nivel de conocimiento, es de tipo descriptivo; de corte transversal según su orientación en el tiempo, debido a que se revisaron los dictámenes médico-legales reportados al Instituto de Medicina Legal desde el año de su fundación en el año 1999 hasta el año 2009.

b) Área de estudio

El presente estudio se realizó en Nicaragua, mediante el análisis de los documentos legales de las autopsias realizadas en el Instituto de Medicina Legal. Estos casos provienen de la capital Managua, y otros de departamentos como Estelí, Matagalpa, Granada y Región Autónoma Atlántico Norte. Casos que por tratarse de una muerte violenta el perito de dicho departamento pidió trasladar dicho caso al Instituto.

c) Población de Estudio

La constituyen los 130 casos de homicidios cuyas víctimas pertenecen al género femenino registrados en el Instituto de Medicina Legal entre el período comprendido de Enero 1999 a Diciembre 2009.

Los criterios de selección fueron divididos en:

Criterios de Inclusión

- a) Manera de Muerte: Homicida
- b) Víctima de Género Femenino
- c) Autopsia realizada en el Instituto de Medicina Legal de Managua
- d) De todos los Rangos de Edad
- e) Correspondiente el periodo de Enero 1999-Diciembre 2009

Criterios de Exclusión

- a) Manera de Muerte: accidental, suicida, no determinada, natural.
- b) Género Masculino
- c) Expedientes con datos incompletos

d) Recolección de la información

5.4.1 Fuente de Información

La fuente de información fue constituida por los documentos médico-legales del Departamento de Archivos y Estadísticas, al igual que diferentes referencias bibliográficas según libros relacionados al tema o en páginas web.

5.4.2 Técnica de recolección de información

Revisión documental fue la técnica utilizada para recolectar la información de los dictámenes médico-legales registrados en el Instituto de Medicina Legal durante el período 1999-2009, actividad realizada por los mismos investigadores.

5.4.3 Instrumentos de recolección de información

La información se recolectó mediante una ficha (ver Anexos), previamente elaborada, en la que se reflejan los datos ya presentados en cada documento médico legal relacionados a la víctima, al agresor y la autopsia.

e) Procesamiento de la información

Para el procesamiento de datos se utilizó distribución de frecuencias expresadas en cifras absolutas y porcentajes, mediante el programa estadístico SPSS versión 15.0.

Los resultados y las tablas de salida para las diferentes variables, así como el cruce necesario de las mismas fueron analizados por los investigadores para luego proceder a la elaboración del informe final.

f) Consideraciones Éticas

La información fue manejada confidencialmente y sólo para efectos del estudio. Por respeto a las víctimas se tomó el número de dictamen registrado en archivo y no el nombre y apellido ni el forense que realizó la autopsia. Se obtuvo autorización para la realización de éste por parte de las autoridades correspondientes del Instituto de Medicina Legal.

g) Operacionalización de Variables

Variables	Definición Operacional	Indicadores	Valor
Procedencia	El sitio de origen de la víctima según datos del dictamen médico-legal	Según datos del dictamen Médico-legal	Rural Urbano
Grupos Etéreo	Clasificación de acuerdo al rango de edad en años cumplidos según datos del dictamen médico-legal	Según datos del dictamen Médico-legal	0-13 14-17 18-30 31-74 >75
Estado Civil	Status legal de la víctima según datos del dictamen médico-legal	Según datos del dictamen Médico-legal	Soltera Casada Acompañada Divorciada Viuda
Ocupación	Función laboral de la víctima según reporte del dictamen médico-legal	Según datos del dictamen Médico-legal	“Ama de casa” Comerciante-mesera- obrero-doméstica Estudiante Universitaria Profesional Meretriz “Desempleada”

Distrito Judicial	Demarcaciones que subdividen a una población según datos del dictamen médico-legal	Según datos del dictamen Médico-legal	I II III IV V VI VII VIII Otros
Causa de muerte	Agente causal de la muerte	Según datos del dictamen Médico-legal	Herida por arma de fuego Herida por arma blanca Asfixia mecánica Intoxicación Traumatismo Quemaduras
Tipo de lesión	Cualquier alteración provocada en la piel	Según datos del dictamen Médico-legal	Herida por arma blanca Herida por arma de fuego Surco de ahorcamiento Estrangulación manual Estrangulación con agresión sexual Sumersión Sumersión con agresión sexual Sofocación Contusiones Amputaciones Quemadura
Ubicación de lesión	Región anatómica donde se produjo la lesión	Según datos del dictamen Médico-legal	Cráneo Cuello Tórax Dorso Abdomen Pelvis Miembros superiores Miembros inferiores
Horario de la muerte	Tiempo horario específico de muerte	0-12 horas 13-24 horas	Día Noche

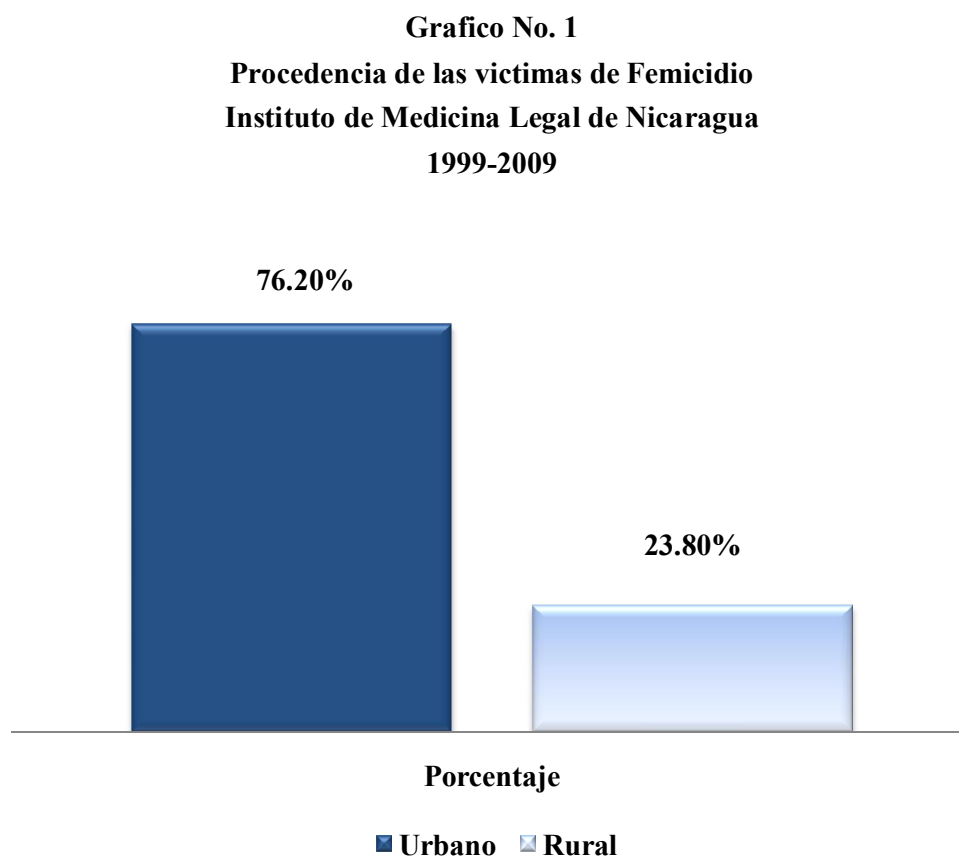
Lugar de ocurrencia del homicidio	Sitio específico donde se cometió el suceso	Según datos del dictamen médico-legal	Casa de habitación de ambos Casa de habitación de la víctima Casa de habitación del agresor Casa de habitación de algún familiar Hospedaje Particular Vía Pública
Día de ocurrencia del homicidio	Día de la semana que ocurrió el suceso	Según datos del dictamen médico-legal	Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado Domingo
Mes de ocurrencia del homicidio	Mes del año en el que sucedió el hecho	Según datos del dictamen médico-legal	Enero Febrero Marzo Abril Mayo Junio Julio Agosto Septiembre Octubre Noviembre Diciembre
Vínculo agresor- víctima	Relación interpersonal entre el agresor y la víctima	Según datos del dictamen médico-legal	Esposo Conviviente Ex conviviente Padraastro Novio Familiar Amigo Desconocido
Instrumento utilizado por el agresor	Tipo de arma utilizada para causar la muerte	Según datos del dictamen médico-legal	Arma blanca Arma de fuego Objeto Contuso Mano Lazo Sustancia tóxica o veneno

Alcholemia	Concentración del alcohol en sangre y humor vítreo	0.05-0.1% 0.15-0.30% 0.30-0.50% > 0.50%	Leve Moderado Severo Muy Severo
Estudio Serológico	Detección de la enzima fostaza alcalina en fluidos de la víctima	Según los datos del dictamen médico-legal	Positivo Negativo
Estudio Citológico	Detección de células espermáticas en células de la victima	Según los datos del dictamen médico-legal	Positivo Negativo

VIII. RESULTADOS

En relación a las características de la víctima, en cuanto a su procedencia, el 76.2% de las víctimas fueron asesinadas en el área urbana y el 23.8% en el área rural (ver tabla 1 en anexos).

Las mayores cifras de víctimas procedentes del área urbana se presentaron durante los años 2009, 2008, 2004, 2003 y 2002(ver tabla 2 en anexos).



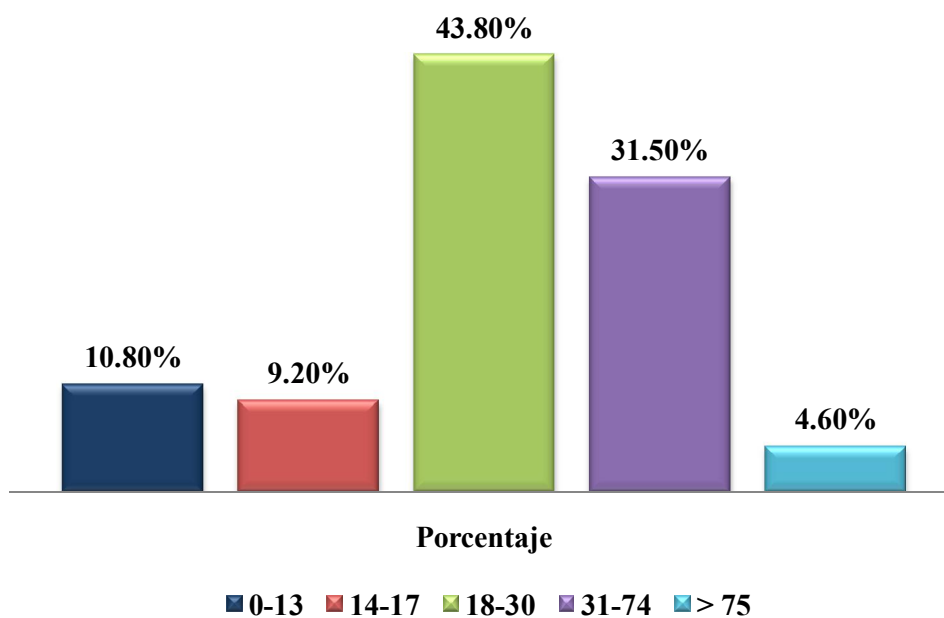
Nota: Los valores corresponden a número de casos

Fuente: Tabla No. 1 en anexos

Las víctimas entre la edad de 18 y 30 años fueron el grupo que presentó el mayor porcentaje con un 43.8%, seguida con un 31.5% por aquellas víctimas entre las edades de 31-74, y con un porcentaje de 10.8% fueron las víctimas entre 0 a 13 años, de manera que no se pueden dejar fuera a las niñas aun bajo este fenómeno del Femicidio (ver tabla 3 en anexos). Lo cual concuerda con otros estudios a nivel Centroamericano, en México y Estados Unidos donde la población en riesgo son mujeres en edad reproductiva.

Los años 2003 y 2008 mostraron más de diez casos de Femicidio con víctimas entre los 18 y los 30 años (ver tabla 4 en anexos).

Grafico No. 2
Edad de las victimas de Femicidio
Instituto de Medicina Legal de Nicaragua
1999-2009



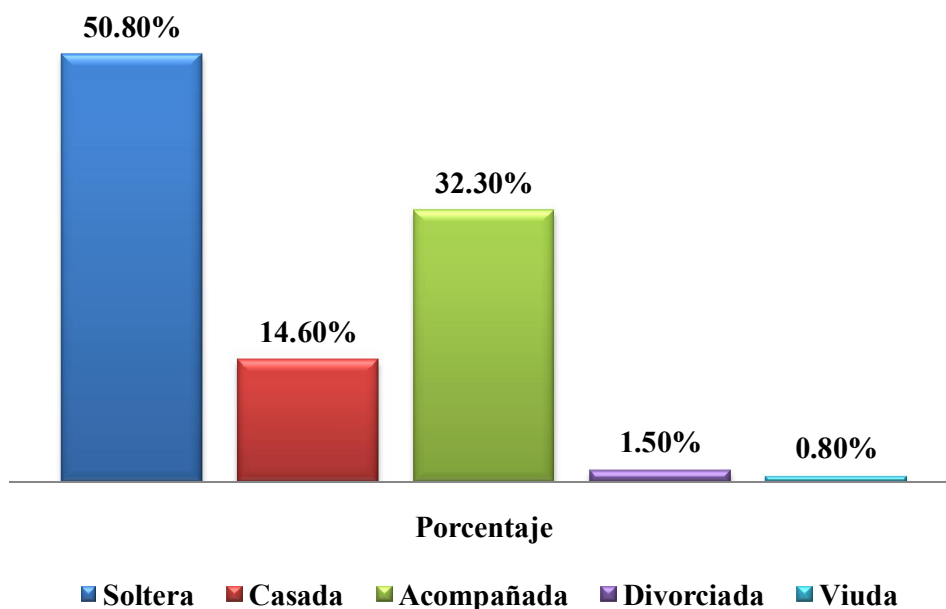
Nota: Los valores corresponden a número de casos

Fuente: Tabla 3 en anexos

En relación al estado civil, las víctimas solteras y acompañadas fueron los grupos con mayor porcentaje, el primero con 50.8% y el segundo grupo con un 32.3%, en cambio, las casadas mostraron un porcentaje de 14.6% (ver tabla 5 en anexos). Lo que concuerda con los resultados de otros estudios, donde se demuestra que la violencia intrafamiliar es una de las causas de muerte Femicida.

Las solteras y las víctimas acompañadas fueron los grupos que predominaron durante los diez años de estudio (ver tabla 6 en anexos).

Grafico No. 3
Estado civil de las víctimas de Femicidio
Instituto de Medicina Legal de Nicaragua
1999-2009

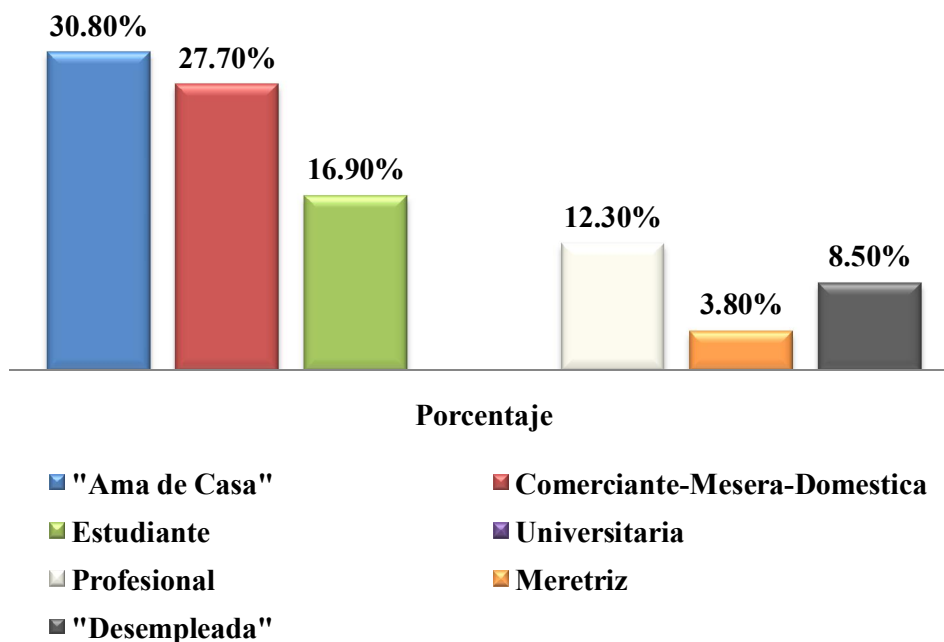


Nota: Los valores corresponden a número de casos

Fuente: Tabla 5 en anexos

En relación a la ocupación de la víctima, los resultados demuestran que el 30.8% de las víctimas eran “amas de casa”, es decir, no tenían ningún otro tipo de trabajo remunerado al momento del hecho, un 27.7% por el otro lado, eran victimas comerciantes, meseras, obreras o domesticas, es decir aun sin tener un título universitario, estas víctimas tenían una responsabilidad financiera en la familia. El 12.3% de las víctimas eran profesionales, es decir contaban con un título universitario, en cambio que el 8.5% eran desempleadas y solamente el 3.8% eran meretrices (ver tabla 7 en anexos).

Grafico No. 4
Ocupación de las victimas de Femicidio
Instituto de Medicina Legal de Nicaragua
1999-2009

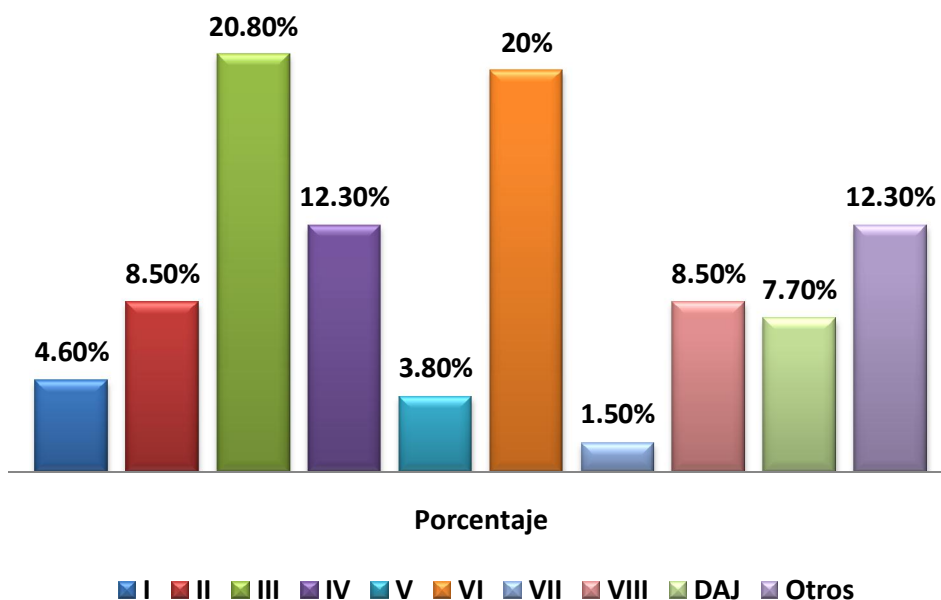


Nota: Los valores corresponden a número de casos

Fuente: Tabla 7 en anexos

Según el distrito en donde el hecho fue reportado se demostró que el Distrito III fue el que posee mayor casos reportados con un 20.8%, seguido del Distrito VI con un 20% (ver tabla 9 en anexos).

Grafico No. 5
Distrito Policial
Instituto de Medicina Legal de Nicaragua
1999-2009



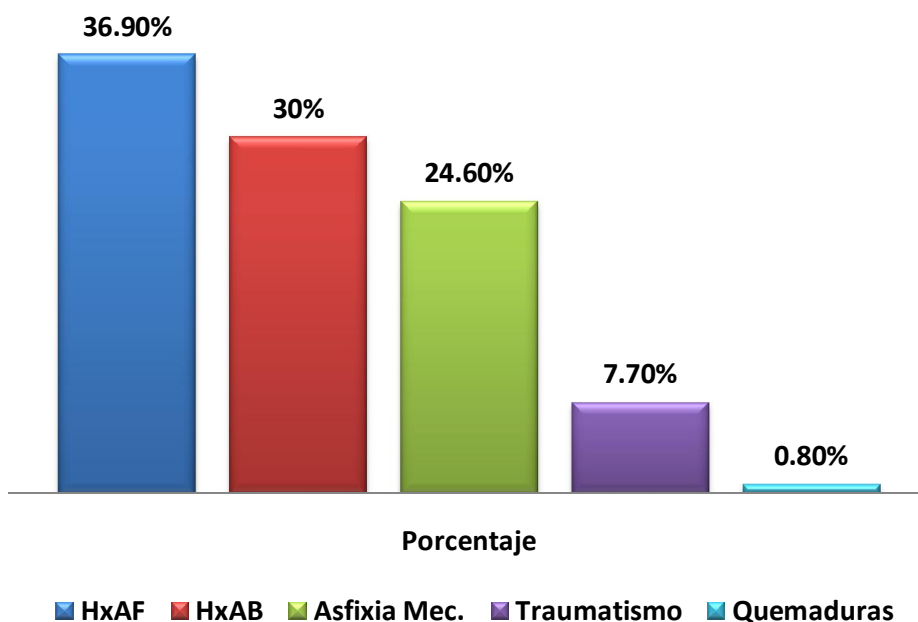
Nota: Los valores corresponden a número de casos

Fuente: tabla 9 en anexos

En relación a las principales causas de muerte más frecuente fueron las heridas por arma de fuego con un 36.9%, seguidas por heridas por arma blanca con un 30.0%. Asfixias Mecánicas muestran un 24.6%, politraumatismos un 10%, y quemaduras con 1% (ver tabla 11 en anexos).

En el año 2009 las heridas por arma de fuego fueron las principales causas de muerte, al igual que en los años 2007, 2004, 2001 y 2000. Durante los años 2008 y 2003, las principales causa de muerte fueron por arma blanca, y durante los años 2007, 2005 y 2002 asfixia fue la principal causa de muerte (ver tabla 12 en anexos).

Grafico No. 6
Causa de muerte de las víctimas de Femicidio
Instituto de Medicina Legal de Nicaragua
1999-2009



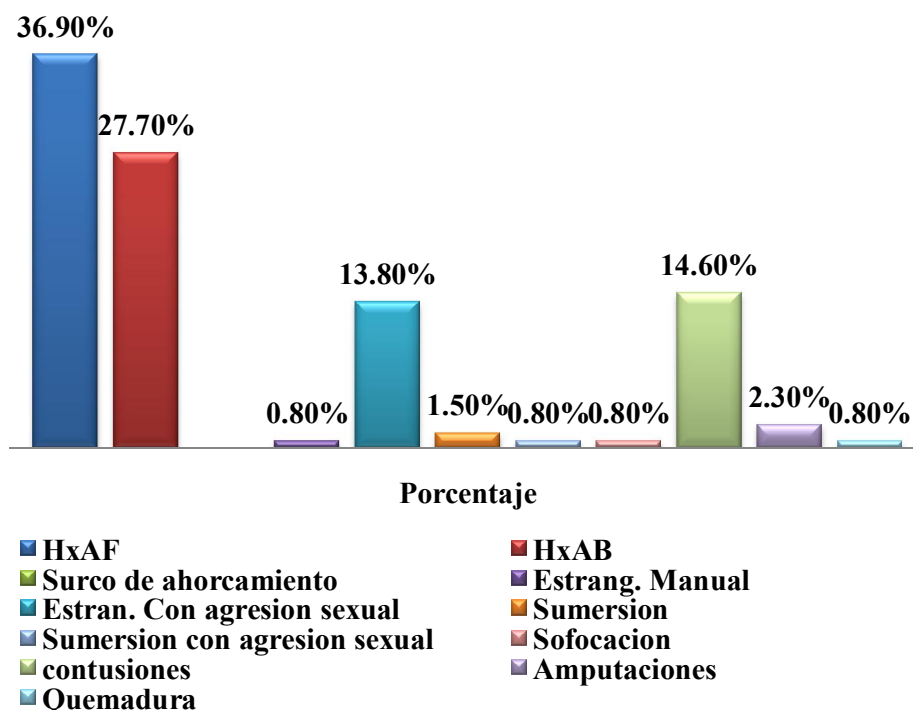
Nota: Los valores corresponden a número de casos

Fuente: tabla 11 en anexos

Las heridas por arma de fuego con un 36.9% muestran ser las heridas que mayormente se encontraron durante la autopsia, seguidas por las heridas por arma blanca con un 27.7%. Las contusiones son muy frecuentes con un 21.5%, seguidas de la estrangulación manual con agresión sexual en un 7.7% seguida por sumersión con un 2.3% (ver tabla 13 en anexos).

En la siguiente grafica se demuestra que las heridas por arma de fuego y las heridas por arma blanca poseen las cifras más altas de frecuencia año con año, seguidas por estrangulación manual con agresión sexual, el más común de todas las asfixias mecánicas. Se puede observar también que durante los años 2009, 2008, 2004 y 2002 las amputaciones estuvieron presentes (ver tabla 14 en anexos).

Grafico No. 7
Tipo de lesiones presentes en las víctimas de Femicidio
Instituto de Medicina Legal de Nicaragua
1999 a 2009

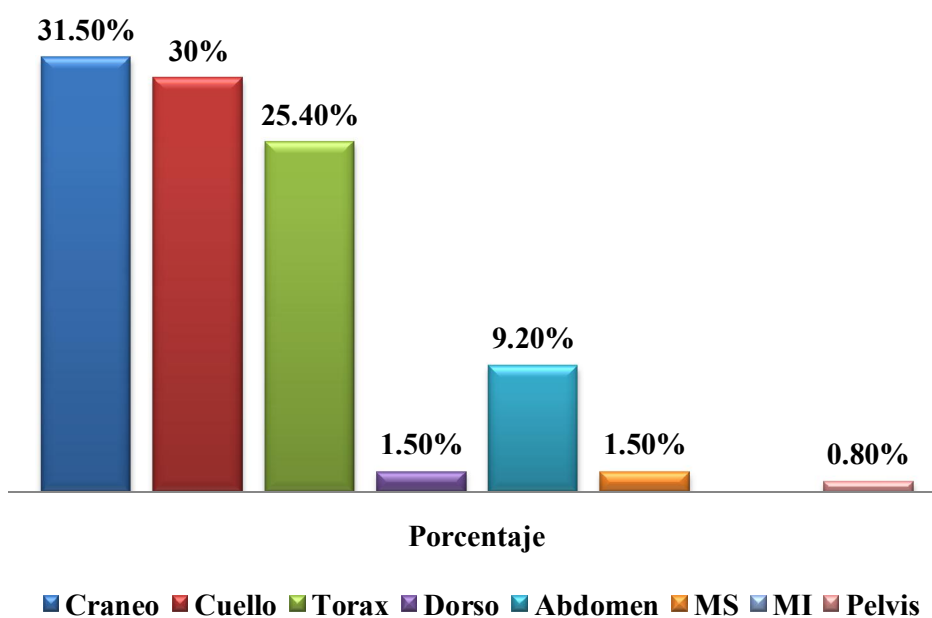


Nota: Los valores corresponden a número de casos

Fuente: tabla 13 en anexos

En relación a la ubicación de la lesión, el cráneo con un 31.5% resulto ser el área anatómica mas atacada por el agresor, seguida por el cuello con un 30.0% y el tórax con un 25.4%, áreas que ante una lesión grave pueden ser mortales (ver tabla 15 en anexos).

Grafico No. 8
Ubicación de las lesiones presentes en las victimas de Femicidio
Instituto de Medicina Legal de Nicaragua
1999-2009



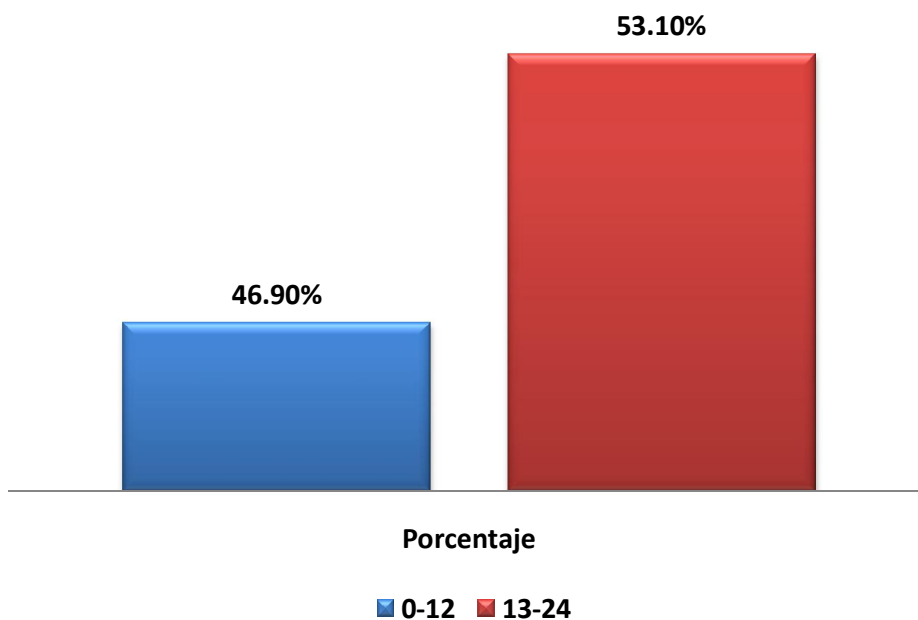
Nota: Los valores corresponden a número de casos

Fuente: tabla 15 en anexos

Según la hora de la muerte, la mayor parte de los casos de Femicidio fueron cometidos durante el atardecer y la noche representado por un 53.1%, y con un 46.9% aquellos ocurridos durante la madrugada y el día (ver tabla 17 en anexos).

Año tras año las muertes ocurrieron durante la noche, excepto en el año 2005 donde la mayor cantidad de muertes ocurrió durante el día (ver tabla 18 en anexos).

Grafico No. 9
Horario de muerte de las victimas de Femicidio
Instituto de Medicina Legal de Nicaragua
1999-2009



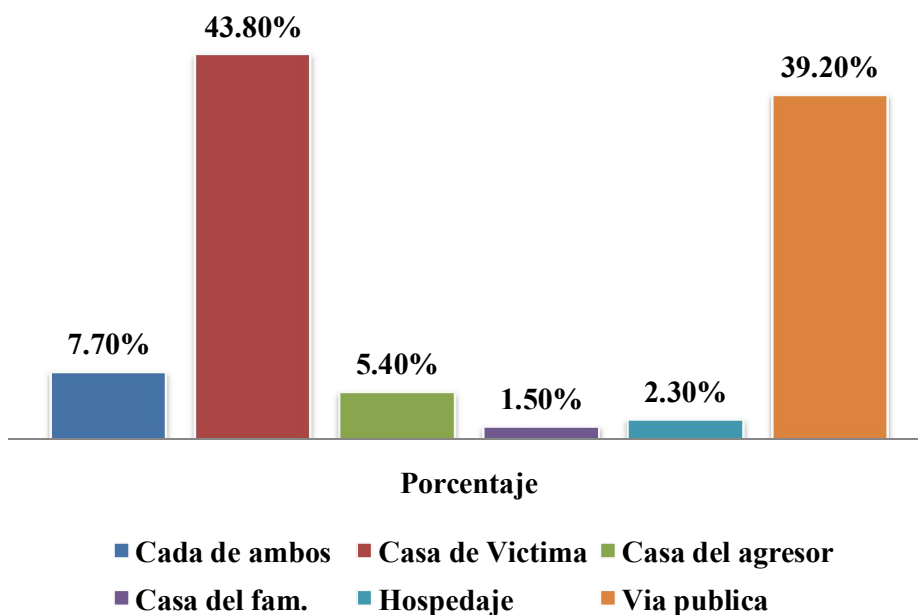
Nota: Los valores corresponden a número de casos

Fuente: tabla 17 en anexos

Según el lugar donde se cometió el crimen, este estudio demostró que el 43.8% de las muertes ocurrieron en la casa de habitación de la víctima y el 39.2% en la vía pública, siguiendo con un 7.7% tenemos a aquellos que ocurrieron en la casa de habitación de ambos, un 2.3% ocurrieron en algún hospedaje, y 1.5% ocurrió en la casa de algún familiar (ver tabla 19 en anexos).

La vía pública y la casa de la víctima son los sitios que sobresalen durante el tiempo de estudio (Ver tabla 20 en anexos).

Grafico No. 10
Lugar de ocurrencia del hecho de Femicidio
Instituto de Medicina Legal de Nicaragua
1999-2009



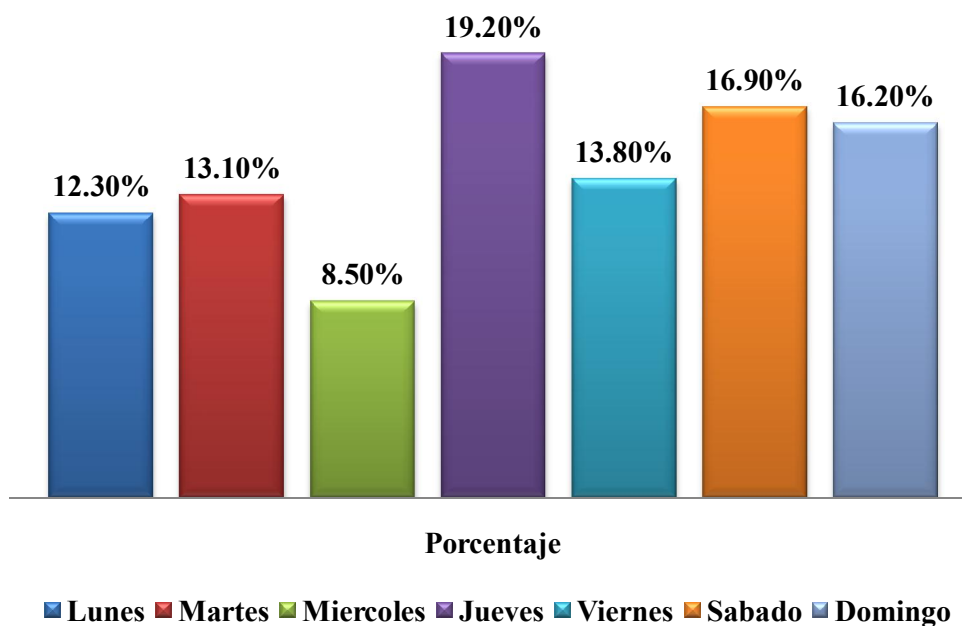
Nota: Los valores corresponden a número de casos

Fuente: tabla 19 en anexos

El día sábado con un 83.8% resulto ser el día en el que mayor casos de Femicidio fueron reportados, seguida por el día viernes con un 66.9% (ver tabla 21 en anexos).

En el 2009 los días lunes y miércoles fueron los que mayor casos de Femicidio presentaron, en el 2008 el día martes predomino, diferentes resultados mostró el 2007 durante el cual los días viernes y sábados mostraron su mayor frecuencia al igual que en el 2005, 2004, 2003, 2002 y 2000, diferente fue en el 2001 donde el día domingo fue el que mostro la mayor cantidad de casos (ver tabla 22 en anexos).

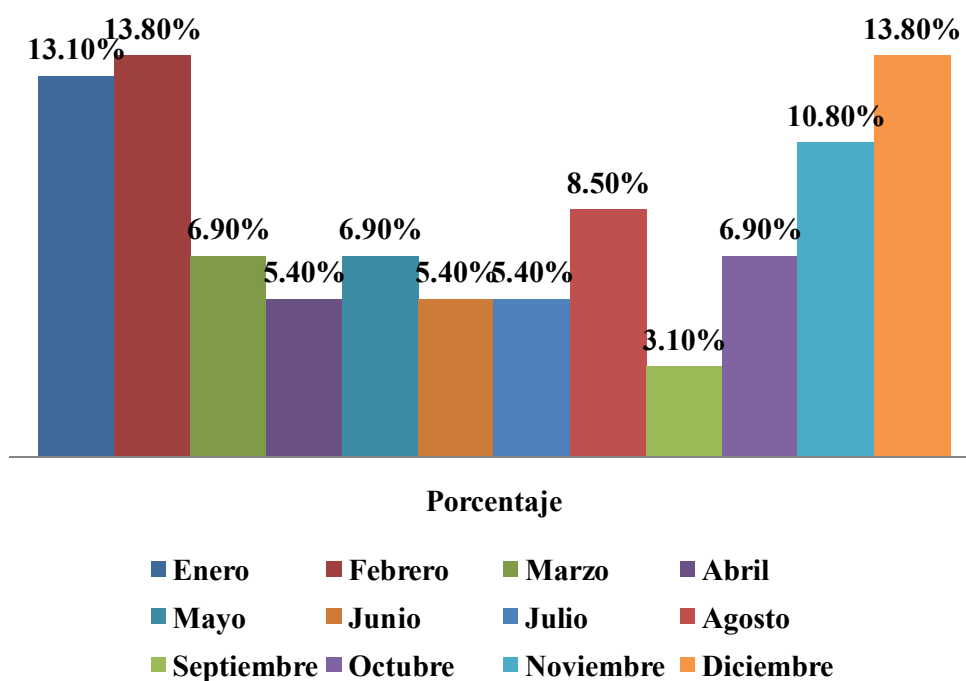
Grafico No. 11
Día de ocurrencia del hecho de Femicidio
Instituto de Medicina Legal de Nicaragua
1999-2009



Nota: Los valores corresponden a número de casos
Fuente: tabla 21 en anexos

Diciembre y Febrero con un 13.8% representaron los meses con mayores casos de Femicidio, seguidos por los meses de Enero con 13.1% y Noviembre con 10.8% (ver tabla 23).

Grafico No. 12
Mes de ocurrencia del hecho de Femicidio
Instituto de Medicina Legal de Nicaragua
1999-2009



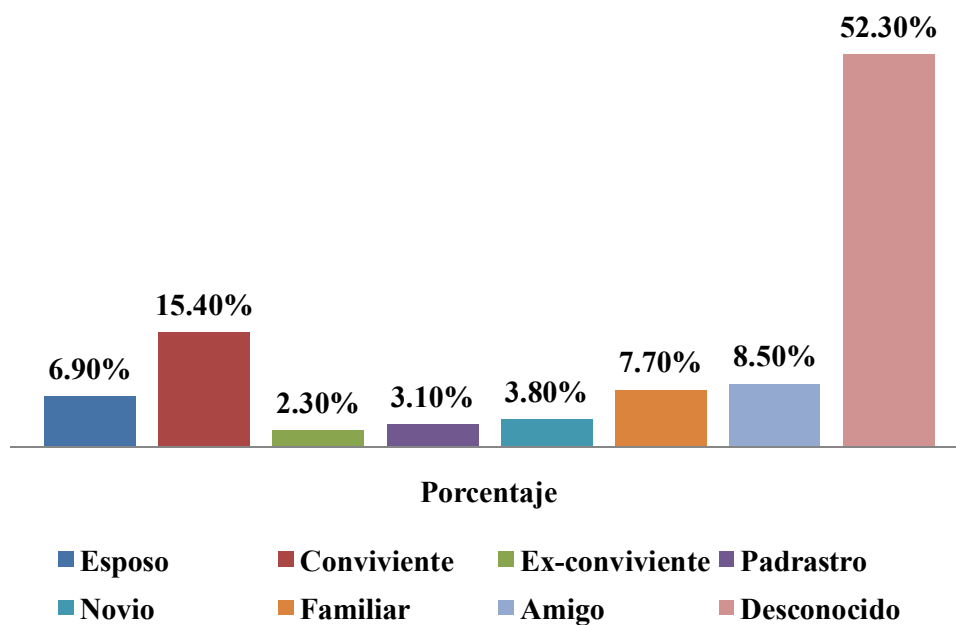
Nota: Los valores corresponden a número de casos

Fuente: tabla 23 en anexos

De los 130 casos analizados el 52.3% correspondían a agresores desconocidos, en un 15.4% de los casos el agresor resulto ser conviviente, en un 8.5% resulto ser un amigo, seguido por un familiar en un 7.7%, el esposo con un 6.9%, el agresor resulto ser un amigo en el 8.5% de los casos, el padrastro con un 3.1% y ex conviviente con un 2.3% (ver tabla 26 en anexos).

Los desconocidos fueron quienes año con año predominaron como agresor. Los convivientes, son los agresores que en segundo lugar, resultaron ser responsables de los hechos durante el periodo del estudio (ver tabla 27 en anexos).

Grafico No. 13
Vinculo del agresor y las victimas de Femicidio
Instituto de Medicina Legal de Nicaragua
1999-2009



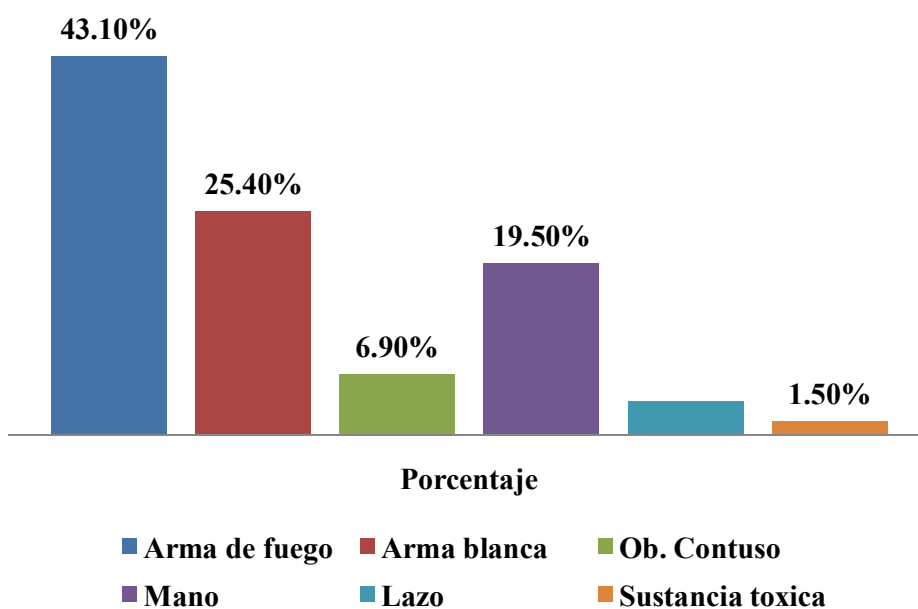
Nota: Los valores corresponden a número de casos

Fuente: tabla 26 en anexos

En un 43.1% de los casos el instrumento utilizado fueron armas de fuego, en un 25.4% las armas blanca, en un 19.2% el agresor utilizo las manos para asfixiar a la víctima, siendo estos tres instrumentos los elementos con mas alto porcentaje (ver tabla 28 en anexos).

Año con año las armas de fuego, las armas blancas y las asfixias mecánicas por las manos del mismo agresor constituyen los tres instrumentos de agresiones principales (ver tabla 29 en anexos).

Grafico No. 14
Instrumentos utilizados en los casos de Femicidio
Instituto de Medicina Legal de Nicaragua
1999-2009



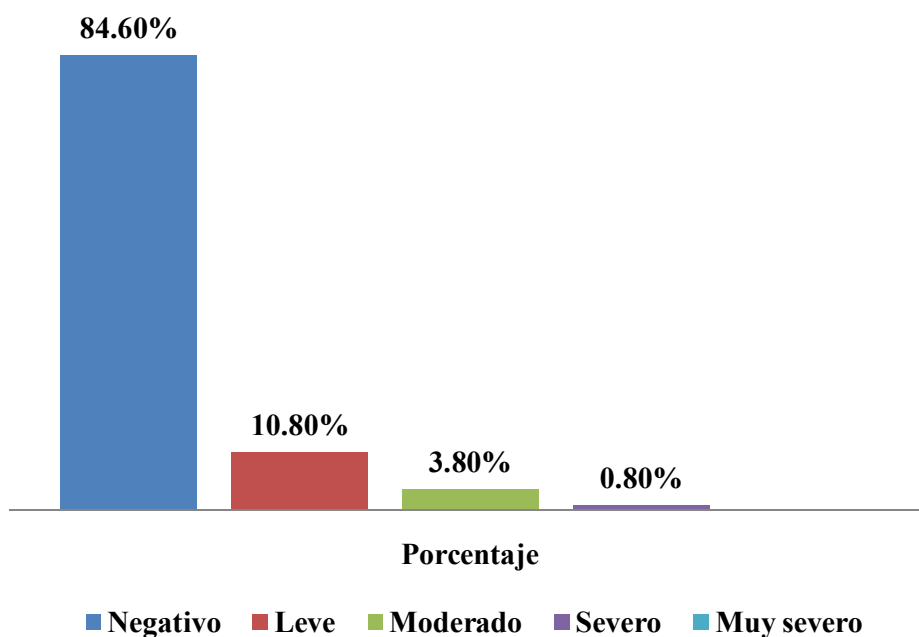
Nota: Los valores corresponden a número de casos

Fuente: tabla 28 en anexos

Según las pruebas toxicológicas realizadas a la víctima, se observó que en un 84.6% de los casos las pruebas resultaron negativas, en un 10.8% la víctima presentó un nivel de intoxicación leve y un 3.8% de las víctimas presentaron intoxicación moderada (ver tabla 30 en anexos).

En el año 2008 se reportaron la mayor cantidad de casos de víctimas bajo la influencia del alcohol, presentando intoxicación leve, moderada y severa (ver tabla 31 en anexos).

Grafico No. 17
Nivel de alcoholemia de las víctimas de Femicidio
Instituto de Medicina Legal de Nicaragua
1999-2009



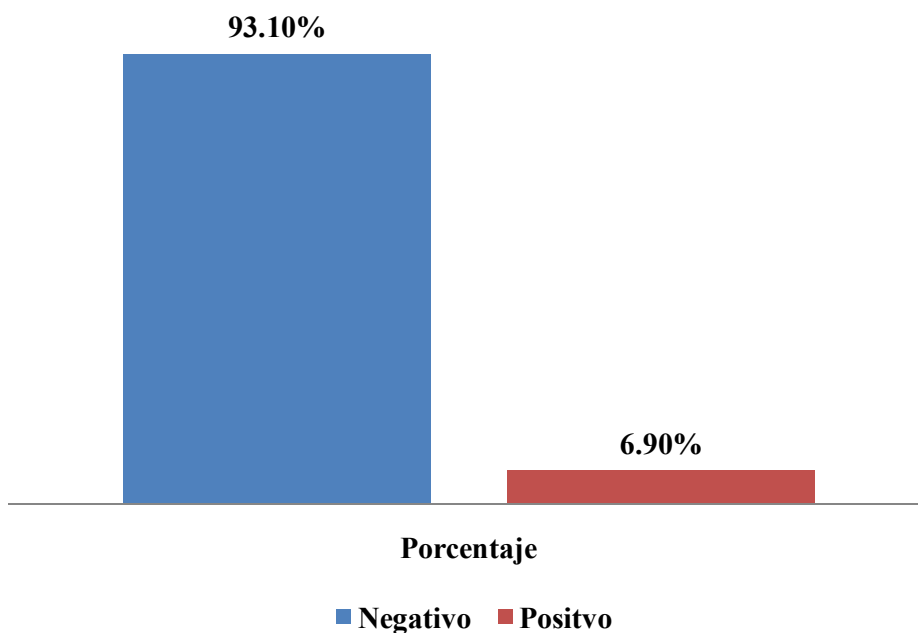
Nota: Los valores corresponden a número de casos

Fuente: tabla 30 en anexos

Según los resultados de las pruebas serológicas realizadas en las víctimas con sospecha de agresión sexual y violación, se demostró que solamente un 9% de las víctimas presentaron pruebas positivas (ver tabla 32 en anexos).

En el siguiente gráfico se puede observar que estos 9% corresponden a los casos reportados durante los años 2009, 2008, 2007, 2006 y 2000 (ver tabla 33 en anexos).

Gráfico No. 16
Pruebas serológicas de las víctimas de Femicidio
Instituto de Medicina Legal de Nicaragua
1999-2009



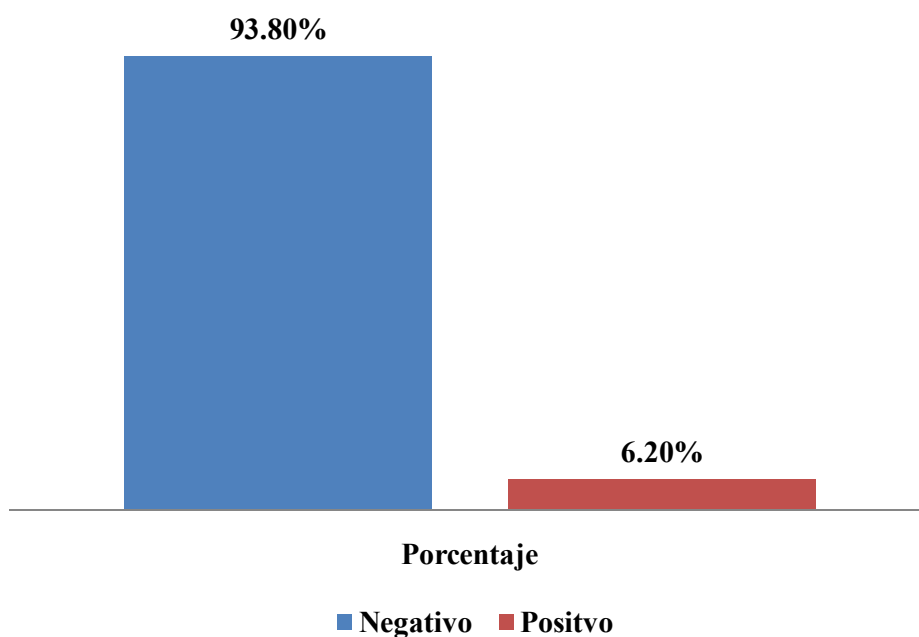
Nota: Los valores corresponden a número de casos

Fuente: tabla 32 en anexos

A todos los casos de agresión sexual o violación se les realizó también estudios citológicos demostrando que un 6.2% de los casos los resultados fueron positivos (ver tabla 34 en anexos).

En el siguiente grafico se puede observar la distribución de este 6.2% durante el periodo de estudio, como se observa en año 2009, 2007, 2005, 2003 y 2000 (ver tabla 35 en anexos).

Grafico No. 17
Pruebas citológicas de las victimas de Femicidio
Instituto de Medicina Legal de Nicaragua
1999-2009



Nota: Los valores corresponden a número de casos

Fuente: tabla 34 en anexos

IX. DISCUSION

A diferencia de los estudios realizados en Centroamérica que demuestran que los Femicidios proceden de ámbitos rurales y urbanos, las victimas de Femicidio en Nicaragua mostraron una mayor procedencia del área urbana con un 76.2% (ver tabla 1 en Anexos).

Las víctimas entre la edad de 18 y 30 años fueron el grupo que presentó el mayor porcentaje con un 43.8%, seguida con un 31.5% por aquellas víctimas entre las edades de 31-74, y con un porcentaje de 10.8% fueron las víctimas entre 0 a 13 años, de manera que no se pueden dejar fuera a las niñas aun bajo este fenómeno del Femicidio (ver tabla 3 en anexos). Un 50.8% de las víctimas eran solteras y un 32.3% tenían un estado civil de acompañadas, en cambio, las casadas mostraron un porcentaje de 14.6% (ver tabla 5 en anexos). En relación a la ocupación de la víctima, los resultados demuestran que el 30.8% de las víctimas eran “amas de casa”, es decir, no tenían ningún otro tipo de trabajo remunerado al momento del hecho, un 27.7% por el otro lado, eran victimas comerciantes, meseras, obreras o domesticas, es decir aun sin tener un título universitario, estas víctimas tenían una responsabilidad financiera en la familia. El 12.3% de las víctimas eran profesionales, es decir contaban con un título universitario, en cambio que el 8.5% eran desempleadas y solamente el 3.8% eran meretrices (ver tabla 7 en anexos).

Lo cual concuerda con otros estudios a nivel Centroamericano y Estados Unidos donde la población en riesgo son mujeres en edad reproductiva. En Ciudad Juárez, el grupo con el porcentaje más alto de 72.7% tenían edades entre 11 y 22 años y eran maquiladoras o de ocupación desconocida, seguida de estudiantes, empleadas domésticas y “amas de casas”. De igual manera en otros países como en Puerto Rico el 44% de las victimas oscilan entre 20 y 34 años de edad. El 32.3% de los agresores era cónyuge de la víctima y el 25.8% era pareja de la víctima. En Perú, el 58% de las víctimas se encontraba entre los 17 y 34 años, el 70%, 68%, y el 56% correspondían a los esposos, parejas sentimentales o convivientes de la víctima. Según el informe de la Organización Mundial de la Salud, entre las mujeres víctimas de homicidios en los últimos años se encontraron estudiantes, amas de casa, profesionales, empleadas domésticas, miembros o ex – miembros de “maras” y trabajadoras del sexo, concluyendo que el 70% de las mujeres entre los 15 y 44 años de edad que son víctimas de asesinato mueren a manos de su compañero.

Según el distrito en donde el hecho fue reportado se demostró que el Distrito III fue el que presentó mayor casos reportados con un 20.8%, seguido del Distrito VI con un 20% (ver tabla 9 en anexos). Distritos que corresponden al municipio de Managua, de la ciudad de Managua, que poseen gran extensión territorial. Coincidiendo con los datos brindados por la Comisaria de la Mujer que establecen que Managua es el municipio con el mayor índice de violencia, seguido por Carazo y luego Granada.

En relación a las principales causas de muerte más frecuente fueron las heridas por arma de fuego con un 36.9%, seguidas por heridas por arma blanca con un 30.0%. Asfixias Mecánicas muestran un 24.6%, politraumatismos un 10%, y quemaduras con 1% (ver tabla 11 en anexos). Las heridas por arma de fuego con un 36.9% muestran ser las heridas que mayormente se encontraron durante la autopsia, seguidas por las heridas por arma blanca con un 27.7%. Las contusiones son muy frecuentes con un 21.5%, seguidas de la estrangulación manual con agresión sexual en un 7.7% seguida por sumersión con un 2.3% (ver tabla 13 en anexos). De manera que el agresor en un 43.1% de los casos el instrumento que utilizó fue arma de fuego, en un 25.4% arma blanca, en un 19.2% el agresor utilizó las manos para asfixiar a la víctima, siendo estos tres instrumentos los elementos con más alto porcentaje (ver tabla 28 en anexos). Resultados que muestran similitud con estudios del Perú, donde sus resultados concluyen que el 48% de los agresores utilizan cualquier arma blanca para perpetrar su crimen, un 21% de los agresores utilizaron arma de fuego.

Según información brindada por La Comisaria de la Mujer, los días de mayor ocurrencia de violencia intrafamiliar y sexual fueron los domingos con el 17%, lunes con el 16% y Sábados con el 15%. Semejantes a los resultados de este estudio donde el día sábado con un 83.8% resultó ser el día en el que mayor casos de Femicidio fueron reportados, seguida por el día viernes con un 66.9% (ver tabla 21 en anexos). Demostrando que durante estos días hay mayor ingesta de alcohol por parte del agresor.

Diciembre y Febrero con un 13.8% representaron los meses con mayores casos de Femicidio, seguidos por los meses de Enero con 13.1% y Noviembre con 10.8% (ver tabla 23). Meses con mayores actividades festivas, especialmente el mes de Febrero con su “Día de los Enamorados”.

De los 130 casos analizados el 52.3% correspondían a agresores desconocidos, en un 15.4% de los casos el agresor resultó ser conviviente, en un 8.5% resultó ser un amigo, seguido por un familiar en un 7.7%, el esposo con un 6.9%, el agresor resultó ser un amigo en el 8.5% de los casos, el padrastro con un 3.1% y ex conviviente con un

2.3% (ver tabla 26 en anexos). Datos similares a los proporcionados por la Organización Mundial de la Salud, que establece que más de la mitad de las muertes de las mujeres en el mundo es responsabilidad de sus esposos, cónyuges, novios, convivientes, ex convivientes y enamorados. En los estudios hechos en el Salvador, el 66% de los casos los agresores fueron parientes masculinos: padre, padrastro, pareja, tío, hermano, nieto, hijo, abuelo, yerno, sobrino; y únicamente el 13% de los casos pudo comprobarse la responsabilidad de la muerte de la mujer a pandilleros o maras. En Chile entre el año 2001 y 2002, en la región Metropolitana de Santiago, los autores de estos crímenes fueron parejas o ex parejas sentimentales de las víctimas y familiares.

Según el lugar donde se cometió el crimen, este estudio demostró que el 43.8% de las muertes ocurrieron en la casa de habitación de la víctima y el 39.2% en la vía pública, siguiendo con un 7.7% tenemos a aquellos que ocurrieron en la casa de habitación de ambos, un 2.3% ocurrieron en algún hospedaje, y 1.5% ocurrió en la casa de algún familiar (ver tabla 19 en anexos). En Perú, en correspondencia al ámbito de la agresión el 52% de mujeres sufrieron la agresión en sus propias casas y un 23% en el domicilio de su agresor, el 25% fue perpetrado en hoteles u hostales, presentado similitud con los resultados de este estudio.

Según las pruebas toxicológicas realizadas a la víctima, se observó que en un 84.6% de los casos las pruebas resultaron negativas, en un 10.8% la víctima presentó un nivel de intoxicación leve y un 3.8% de las víctimas presentaron intoxicación moderada (ver tabla 30 en anexos). Mostrando la manera en que el posible agresor desea inhabilitar a la víctima.

Según los resultados de las pruebas serológicas realizadas en las víctimas con sospecha de agresión sexual y violación, se demostró que solamente un 9% de las víctimas presentaron pruebas positivas (ver tabla 32 en anexos). De igual manera a todos los casos de agresión sexual o violación se les realizó también estudios citológicos demostrando que un 6.2% de los casos los resultados fueron positivos (ver tabla 34 en anexos). Sin embargo, aunque esto nos orienta si hubo actividad o no, sin embargo, las pruebas negativas no descartan que no hubiera actividad sexual, el examen físico nos orientará primeramente acerca de la agresión sexual por parte del agresor.

X. CONCLUSIONES

1) En Nicaragua el fenómeno del Femicidio tiene tres formas de presentación que predominaron durante el todo periodo de estudio, son las muertes por arma de fuego, muertes por arma blanca y asfixia mecánica.

2) La población en mayor riesgo son mujeres en edad reproductiva entre los 18 y 74 años de edad, soltera, “ama de casa” o comerciantes, meseras, obreras, domesticas, habitantes de áreas predominantemente urbanas.

3) Las tres principales causas de muerte fueron heridas por arma de fuego, herida por arma blanca y asfixia mecánica, dentro de la cual la estrangulación manual acompañada de agresión sexual fue el tipo de asfixia que con mayor frecuencia se presento.

4) Armas de fuego, armas blancas y las manos del agresor fueron los instrumentos más utilizados.

5) Signos de agresión sexual solamente presentes en victimas de estrangulación manual.

6) El cráneo y el cuello fueron los sitios anatómicos mayormente afectados.

7) La casa de habitación de la víctima constituye el sitio de mayor ocurrencia de los hechos.

8) Desconocidos, convivientes y amigos de la víctima resultaron ser los principales agresores.

XI. RECOMENDACIONES

1) Diseñar guías clínicas para todo médico de atención primaria, con el fin de que toda víctima que acuda a un centro de Salud logre obtener una atención especializada con enfoque de prevención.

2) Promover la realización de investigaciones de profundidad sobre las causas y consecuencias políticas, económicas, sociales y culturales del Femicidio en Nicaragua.

3) Crear un registro único de atención a víctimas de Femicidio.

4) Aceptar la existencia del problema y falta de información que aun se tiene a nivel de las instancias del Gobierno en cuanto al reconocimiento de la discriminación de las mujeres por su género y su exclusión social, política y económica.

5) Instituciones como la Policía Nacional, a la Fiscalía General de la República y el Instituto de Medicina Legal comiencen a tratar el fenómeno de la violencia contra la mujer como un problema de seguridad pública y humana.

7) Promover la realización de un foro nacional con Instituciones Gubernamentales que abordan la violencia de género a nivel social para la consensuar alternativas de estrategias nacionales que impacten a corto y mediano plazo acerca de esta problemática.

8) Orientar programas y políticas de prevención de la violencia hacia los individuos, las relaciones, las comunidades y las sociedades en su conjunto, y aplicarlas en colaboración con distintos sectores sociales como escuelas, lugares de trabajo y sistemas de justicia penal.

Bibliografía

- ¹ Red de Mujeres Contra la Violencia. Queremos vivir sin violencia. La Boletina. 2009. pg.3
- ² Red de Mujeres contra la Violencia. Informe Monitoreo Anual Femicidios 2009.
- ³ IIDH, 2006. Situación y análisis del Femicidio en la región Centroamericana. Consejo Centroamericano de Procuradores de Derechos Humanos. Agosto.
- ⁴ INIDE, 2007: VIII Censo de la Población y IV de Vivienda 2005.
- ⁵ Red de Mujeres contra la Violencia. Informe Monitoreo Anual Femicidios 2009.
- ⁶ Instituto Interamericano de Derechos Humanos. Situación y análisis del Femicidio en la región de Centroamérica. Consejo Centroamericano de Procuradores de Derechos Humanos. Agosto, 2006.
- ⁷ Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Femicidio en Chile. S.l 2004. Santiago. Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/Violencia_2003.htm
- ⁸ Organización Panamericana de la Salud. Femicidio en Costa Rica. San José, Costa Rica. 1990-1999
- ⁹ Ciudad de Mujeres. Femicidio. Marcela Lagarde. México. Mayo. 2006 Disponible en: <http://www.ciudaddemujeres.com/articulos/Feminicidio>
- ¹⁰ Instituto Interamericano de Derechos Humanos. Situación y análisis del Femicidio en la región de Centroamérica. Consejo Centroamericano de Procuradores de Derechos Humanos. Agosto, 2006.
- ¹¹ Organización Puntos de Encuentro. Cuando nos matan por ser mujeres. Boletina No. 77. Disponible en: <http://www.puntos.org.ni/boletina/contenido.php?CodBole=150&key=2150>
- ¹² Artículo 2 de la Ley Contra la Violencia Doméstica, N. 7586, aprobada por la Asamblea Legislativa de Costa Rica, el 25 de marzo de 1996.
- ¹³ WHO-Women's Health and Development. Violencia contra la mujer: un tema de salud prioritario. <http://www.who.int/frhwhd/VAW/infopack/spanish/violencia.infopack.htm>
- ¹⁴ Femicidio sexual serial en Ciudad Juárez: 1993-2001. Debate Feminista, año 13, vol. 25. Abril. 2002
- ¹⁵ Organización Mundial de la Salud. "Informe Mundial sobre la Violencia y La Salud" Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/Violencia_2003.htm
- ¹⁶ RICO, Nieves (1996). Violencia de Genero: Un problema de Derechos Humanos. Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Unidad Mujer y Desarrollo, Naciones Unidas.
- ¹⁷ Ibid
- ¹⁸ Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Femicidio en Chile. s.l. 2004. Santiago. Disponible en: [www. http://www.bcn.cl/erecomen/Femicidio](http://www.bcn.cl/erecomen/Femicidio)
- ¹⁹ De los asesinatos en Ciudad Juárez. La Brujula Semanal. Semana del 18 al 24 Marzo. 2010. P5.
- ²⁰ Declaración y Plan de Acción de la Conferencia Mundial de Derechos Humanos. Viena 1993.
- ²¹ Una Epidemia Silenciosa. La Brujula Semanal. Semana del 18 al 24 Febrero. 2010. P8.
- ²² INIDE, 2007: VIII Censo de la Población y IV de Vivienda 2005.
- ²³ Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. 2002. Disponible en: www.paho.org/Spanish/AM/PUB/Contenido.pdf.
- ²⁴ Ibid
- ²⁵ Amnistía Internacional. Ni protección ni justicia: homicidios de mujeres en Guatemala. Guatemala. 2005
- ²⁶ Organización de Mujeres Salvadoreñas por la Paz. Análisis de los Femicidios en El Salvador. Salvador. 2005.
- ²⁷ Amnistía Internacional. Mujeres, Violencia y salud. Salvador. Junio. 2005
- ²⁸ Femicidio sexual serial en Ciudad Juárez: 1993-2001. Debate Feminista, año 13, vol. 25. Abril. 2002
- ²⁹ Instituto Interamericano de Derechos Humanos. Femicidio: Más allá de la violación del derecho a la vida. México. Noviembre, 2007.
- ³⁰ Procuraduría de las mujeres del Estado Libre asociado de Puerto Rico. Informe Estadístico. 2005.
- ³¹ Banco de datos. Isis Internacional. El Femicidio en Chile 2001-2002.
- ³² Ibid
- ³³ Fundación CEDDET. Diagnostico de las Lesiones Físicas en la Mujer Maltratada con resultado de Femicidio. Investigación Judicial y Violencia Femicida. 2da Ed. 2009.

ANEXOS

Ficha de Recolección de datos

FEMICIDIO 1999-2009

Archivo no. _____

Edad: _____ Estado Civil: _____ Ocupación: _____ Distrito: _____

Sitio de ocurrencia del hecho: Rural _____ Urbano _____

Causa de muerte: Básica _____

Intermedia _____

Directa _____

Manera de muerte: _____

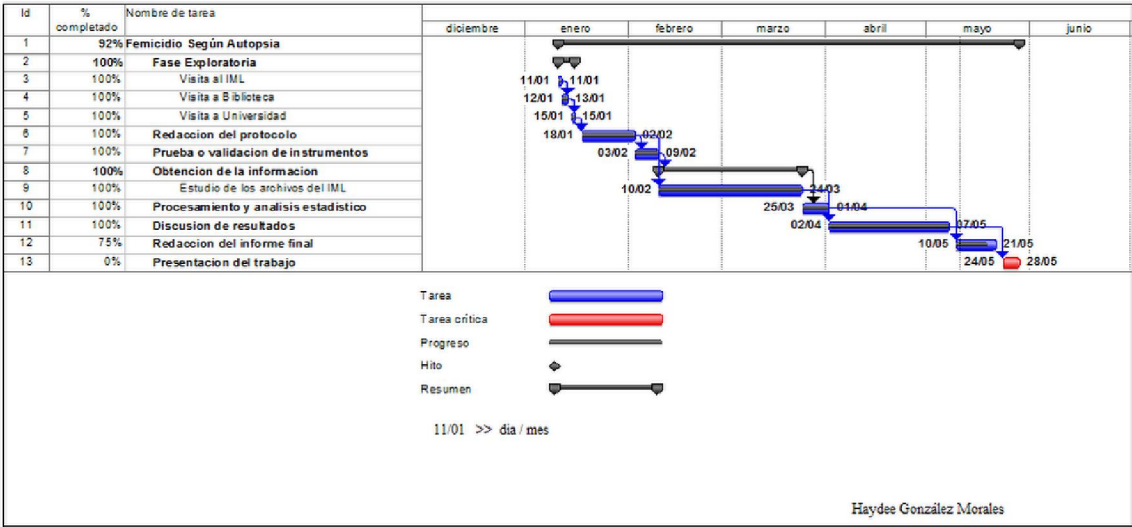
Estudios complementarios: Serológicos _____ Citológicos _____

Antecedentes: _____

Examen externo

Examen interno

Cronograma de ejecución de actividades



Tablas

Tabla No. 1.

Procedencia de las victimas de femicidio reportadas en el Instituto de Medicina Legal de Nicaragua en el periodo de 1999 a 2009.

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Urbana	99	76.2%
Rural	31	23.8%
Total	130	100

Tabla No. 2.

Procedencia de la victima de femicidio reportadas en el Instituto de Medicina Legal de Nicaragua en el periodo de 1999 a 2009.

Año	Urbano	Rural
2009	17	4
2008	15	3
2007	7	6
2005	8	3
2004	10	4
2003	17	5
2002	12	3
2001	6	2
2000	7	1

Tabla No. 3.

Grupo Etéreo de las víctimas de femicidio reportadas en el Instituto de Medicina Legal de Nicaragua en el periodo de 1999 a 2009.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
0-13	14	10.8%
14-17	12	9.2%
18-30	57	43.8%
31-74	41	31.5%
>75	6	4.6%
Total	130	100

Tabla No. 4.

Grupo Etéreo de las víctimas de femicidio reportadas en el Instituto de Medicina Legal de Nicaragua en el periodo de 1999 a 2009.

Año	0-13	14-17	18-30	31-74	> 75
2009	5	1	5	10	0
2008	2	0	10	6	0
2007	2	2	4	5	0
2005	0	1	3	5	2
2004	1	1	8	3	1
2003	3	3	11	3	2
2002	1	3	5	5	1
2001	0	0	7	1	0
2000	0	1	4	3	0

Tabla No. 5.

Estado Civil en victimas de de femicidio reportadas en el Instituto de Medicina Legal de Nicaragua en el periodo de 1999 a 2009.

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	66	50.8%
Casada	19	14.6%
Acompañada	42	32.3%
Divorciada	2	1.5%
Viuda	1	0.8%
Total	130	100

Tabla 6.

Estado Civil de las victimas de femicidio reportadas en el Instituto de Medicina Legal de Nicaragua en el periodo de 1999 a 2009.

Año	Soltera	Casada	Acompañada	Divorciada	Viuda
2009	9	1	10	1	
2008	8	4	6		
2007	7	2	4		
2005	6	2	2		1
2004	9	2	3		
2003	11	3	8		
2002	8	2	4	1	
2001	3	2	3		
2000	5	1	2		

Tabla No. 7.

Ocupación de las víctimas de femicidio reportadas en el Instituto de Medicina Legal de Nicaragua en el periodo de 1999 a 2009.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
“Ama de Casa”	40	30.8%
Comerciante-mesera- obrero-domestica	36	27.7%
Estudiante	22	16.9%
Profesional	16	12.3%
Meretriz	5	3.8%
“Desempleada”	11	8.5%
Total	130	100

Tabla No. 8.

Ocupación de la víctima de femicidio reportadas en el Instituto de Medicina Legal de Nicaragua en el periodo de 1999 a 2009.

Ocupación	Años								
	‘09	‘08	‘07	‘05	‘04	‘03	‘02	‘01	‘00
“Ama de casa”	7	6	3	5	1	5	4	5	4
Comerciante- mesera-domestica- obrero	6	3	3	2	9	7	3		3
Estudiante	6	2	2			8	4		
Universitaria									
Profesional	2	3	2		1	2	3	3	
Meretriz				2	1		1		1
“Desempleada”		4	3	2	2				

Tabla No. 9

Distrito Policial según reporte del dictamen médico legal del Instituto de Medicina Legal de Nicaragua en el periodo de 1999 a 2009.

Distrito Policial	Frecuencia	Porcentaje
I	6	4.6
II	11	8.5
III	27	20.8
IV	16	12.3
V	5	3.8
VI	26	20
VII	2	1.5
VIII	11	8.5
DAJ	10	7.7
Otro departamento	16	12.3%
Total	130	100

Tabla No. 10

Distritos Policiales según dictámenes médico legales del Instituto de Medicina Legal de Nicaragua en el periodo de 1999 a 2009.

Distrito Policial	Años								
	'09	'08	'07	'05	'04	'03	'02	'01	'00
I		1		1	1	1	1	1	
II	1	3			1	4	1		1
III	2	6	3	2	4	4	3		3
IV	2	2	2	3	1	2	3		1
V	1	1				1		2	
VI	5	1	2	2	6	1	3	4	2
VII	1		1			1			
VIII		1	1	2	1	2	2		1
Otro	1	3	2	1		6	2	1	

Tabla No. 11

Principales causas de muerte de femicidio reportadas en el Instituto de Medicina Legal de Nicaragua en el periodo de 1999 a 2009.

Causa de muerte	Frecuencia	Porcentaje
Herida por Arma de fuego	48	36.9%
Herida por arma blanca	39	30%
Asfixia Mecánica	32	24.6%
Traumatismo	10	7.7%
Quemaduras	1	0.8%
Total	130	100

Tabla 12

Causas de muertes de femicidio reportadas en el Instituto de Medicina Legal de Nicaragua en el periodo de 1999 a 2009.

Año	HxAF	HxAB	Asfixia Mecánica	Traumatismo	Quemaduras
2009	11	5	4	1	
2008	5	9	3	1	
2007	4	3	2	4	
2005	2	3	6		
2004	7	3	3	1	
2003	6	9	5	2	
2002	4	4	6		1
2001	4	1	2	1	
2000	5	2	1		

*Heridas por Arma de Fuego **Heridas por Arma Blanca

Tipos de lesiones de femicidio reportadas en el Instituto de Medicina Legal de Nicaragua en el periodo de 1999 a 2009.

Tipos de Lesiones	Frecuencia	Porcentaje
Heridas por Armas de fuego	48	36.9%
Heridas por Arma Blanca	36	27.7%
Estrangulación Manual	1	0.8%
Estrangulación manual con agresión sexual	18	13.8%
Sumersión	2	1.5%
Sumersión con agresión sexual	1	0.8%
Sofocación	1	0.8%
Contusiones	19	14.6%
Amputaciones	3	2.3%
Quemaduras	1	0.8%
Total	130	100

Tipo de lesiones presentes en las víctimas de femicidio reportadas en el Instituto de Medicina Legal de Nicaragua en el periodo de 1999 a 2009.

[illegible]

Tabla No. 15

Ubicación de la lesión según las autopsias realizadas en el Instituto de Medicina Legal de Nicaragua en el periodo 1999 a 2009.

Ubicación de las lesiones	Frecuencia	Porcentaje
Cráneo	41	31.5%
Cuello	39	30%
Tórax	33	25.4%
Dorso	2	1.5%
Abdomen	12	9.2%
Pelvis	1	0.8%
Miembros Superiores	2	1.5%
Total	130	100%

Tabla No. 16

Ubicación de la lesión según las autopsias realizadas en el Instituto de Medicina Legal de Nicaragua en el periodo de 1999 a 2009.

Año	Cráneo	Cuello	Tórax	Dorso	Abdomen	MS	MI	Pelvis
2009	8	5	4	1	3			
2008	6	5	5	1	1			
2007	3	5	3		2			
2005	1	6	4					
2004	3	4	5		2			
2003	8	8	4		1			1
2002	7	3	3			2		
2001	2	2	3		1			
2000	3	1	2		2			

Tabla No. 17

Horario de muerte de las víctimas de femicidio reportadas en el Instituto de Medicina Legal de Nicaragua en el periodo de 1999 a 2009.

Horario de muerte	Frecuencia	Porcentaje
0-12 horas	61	46.9%
13-24 horas	69	53.1%
Total	130	100

Tabla No. 18

Horario de muerte de las víctimas de femicidio reportadas en el Instituto de Medicina Legal de Nicaragua en el periodo de 1999 a 2009.

Año	0-12	13-24
2009	7	14
2008	10	8
2007	6	7
2005	7	4
2004	7	7
2003	10	12
2002	8	7
2001	4	4
2000	2	6

Tabla No. 19

Lugar del hecho según los dictámenes medico legales del Instituto de Medicina Legal de Nicaragua en el periodo de 1999 a 2009.

Lugar del hecho	Frecuencia	Porcentaje
Casa de Habitación de ambos	10	7.7%
Casa de Habitación de la victima	57	43.8%
Casa de habitación del agresor	7	5.4%
Casa de habitación de un familiar	2	1.5%
Hospedaje particular	3	2.3%
Vía Publica	51	39.2%
Total	130	100

Tabla No. 20

Lugar del hecho según dictamen médico legal del Instituto de Medicina Legal de Nicaragua en el periodo de 1999 a 2009.

Lugar del hecho	Años								
	'09	'08	'07	'05	'04	'03	'02	'01	'00
Casa de Habitación de ambos	2		1		2	3		2	
Casa de Habitación de la victima	11	9	7	4	5	9	8	2	2
Casa de habitación del agresor	1			1	3		1		1
Casa de habitación de un familiar				1				1	
Hospedaje particular					1	1	1		
Vía Publica	7	9	5	5	3	9	5	4	4

Tabla No. 21

Día del hecho según dictámenes medico legales del Instituto de Medicina Legal de Nicaragua en el periodo de 1999 a 2009.

Día del hecho	Frecuencia	Porcentaje
Lunes	16	12.3%
Martes	17	13.1%
Miércoles	11	8.5%
Jueves	25	19.2%
Viernes	18	13.8%
Sábado	22	16.9%
Domingo	21	16.2%
Total	130	100

Tabla No. 22

Día del hecho según dictámenes medico legales del Instituto de Medicina Legal de Nicaragua en el periodo de 1999 a 2009.

Día del hecho	Años								
	'09	'08	'07	'05	'04	'03	'02	'01	'00
Lunes	6		1		3	2	4		
Martes	3	6	1			1	2	3	1
Miércoles	2	2	1	2	2	2			
Jueves	6	2	2	2	3	5	2		3
Viernes	3	3	3	2		2	3	1	1
Sábado		1	3	2	3	7	2	1	3
Domingo	1	4	2	3	3	3	2	3	

Tabla No. 23

Mes de ocurrencia del hecho según dictamen médico legal del Instituto de Medicina Legal de Nicaragua en el periodo de 1999 a 2009.

Día del hecho	Frecuencia	Porcentaje
Enero	17	13.1%
Febrero	18	13.8%
Marzo	9	6.9%
Abril	7	5.4%
Mayo	9	6.9%
Junio	7	5.4%
Julio	7	5.4%
Agosto	11	8.5%
Septiembre	4	3.1%
Octubre	9	6.9%
Noviembre	14	10.8%
Diciembre	18	13.8%
Total	130	100

Tabla No. 24

Mes de ocurrencia del hecho según dictamen médico legal del Instituto de Medicina Legal de Nicaragua en el periodo de 1999 a 2009.

(Primer semestre)

Mes	Años								
	'09	'08	'07	'05	'04	'03	'02	'01	'00
Enero	6	2	1		2	4	2		
Febrero	3	2	3	3	1	2	1		3
Marzo			1	2	2	1	1	2	
Abril	2		2			1	1	1	
Mayo	1	3	1	3			1		
Junio	1	2	1			1	2		

Tabla No. 25

Mes de ocurrencia del hecho según dictámenes medico legales del Instituto de Medicina Legal de Nicaragua en el periodo de 1999 a 2009.

(Segundo semestre)

Mes	Años								
	'09	'08	'07	'05	'04	'03	'02	'01	'00
Julio	2	1	1		1	2			
Agosto	1	2		1	1	4		1	1
Septiembre		1	1				1	1	
Octubre		1	1		2	2	2	1	
Noviembre	2	2		1	2	2	3	2	
Diciembre	3	2	1	1	3	3	1		4

Tabla No. 26

Vinculo del agresor y la victima según casos de femicidio reportadas en el Instituto de Medicina Legal de Nicaragua en el periodo de 1999 a 2009.

Vinculo agresor y victima	Frecuencia	Porcentaje
Esposo	9	6.9%
Conviviente	20	15.4%
Ex conviviente	3	2.3%
Padrastro	4	3.1%
Novio	5	3.8%
Familiar	10	7.7%
Amigo	11	8.5%
Desconocido	68	52.3%
Total	130	100

Tabla No. 27

Vinculo del agresor y la victima según casos de femicidio reportadas en el Instituto de Medicina Legal de Nicaragua en el periodo de 1999 a 2009.

Vinculo del agresor y victima	Años								
	'09	'08	'07	'05	'04	'03	'02	'01	'00
Esposo	1	2	1		2		1		2
Conviviente	2	2	2	2		7	3	2	
Ex conviviente	1			1				1	
Padrastro	1	1			2				
Novio		1			1	2	1		
Familiar	2		1	2	1	1	1	1	1
Amigo	1	3	2		2	2		1	
Desconocido	13	9	7	6	6	10	9	3	5

Tabla No. 28

Instrumento utilizado por el agresor según dictamen médico legal del Instituto de Medicina Legal de Nicaragua en el periodo de 1999 a 2009.

Instrumentos	Frecuencia	Porcentaje
Arma de fuego	56	43.1%
Arma blanca	33	25.4%
Objeto Contuso	9	6.9%
Mano	25	19.5%
Lazo	5	3.8%
Sustancia toxica o veneno	2	1.5%
Total	130	100%

Tabla No. 29.

Instrumento utilizado por el agresor según reporte del dictamen médico legal del Instituto de Medicina Legal de Nicaragua en el periodo de 1999 a 2009.

Año	Arma de fuego	Arma blanca	Objeto Contuso	Mano	Lazo	Sustancia toxica
2009	11	5	1	4		
2008	5	9	1	3		
2007	4	3	4		2	
2005	2	3		6		
2004	7	3		2	2	
2003	12	5	2	3		
2002	6	2		5	1	1
2001	4	1	1	2		
2000	5	2				1

Tabla No. 30

Nivel de alcoholemia según datos dictámenes medico legales del Instituto de Medicina Legal de Nicaragua en el periodo de 1999 a 2009.

Nivel de alcoholemia	Frecuencia	Porcentaje
Negativo	110	84.6%
Leve	14	10.8%
Moderado	5	3.8%
Severo	1	0.8%
Total		

Tabla No. 31

Nivel de Alcoholemia según datos dictámenes medico legales del Instituto de Medicina Legal de Nicaragua en el periodo de 1999 a 2009.

Año	Negativo	Leve	Moderado	Severo	Muy severo
2009	21				
2008	12	3	2	1	
2007	10	3			
2005	9		2		
2004	9	5			
2003	20	2			
2002	14		1		
2001	7	1			
2000	8				

Tabla No. 32

Resultados de las pruebas serológicas realizadas a las víctimas de femicidio en el Instituto de Medicina Legal de Nicaragua en el periodo de 1999 a 2009.

Serología	Frecuencia	Porcentaje
Positivo	9	6.9%
Negativo	121	93.1%
Total	130	100%

Tabla No. 33

Resultados de las pruebas serológicas realizadas a las víctimas de femicidio en el Instituto de Medicina Legal de Nicaragua en el periodo de 1999 a 2009.

Año	Negativo	Positivo
2009	20	1
2008	16	2
2007	11	2
2005	8	3
2004	14	
2003	22	
2002	15	
2001	8	
2000	7	1

Tabla No. 34

Resultados de las pruebas citológicas realizadas a las víctimas de femicidio en el Instituto de Medicina Legal de Nicaragua en el periodo de 1999 a 2009.

Citología	Frecuencia	Porcentaje
Positivo	8	6.2%
Negativo	122	93.8%
Total	130	100%

Tabla No. 35

Resultados de las pruebas citológicas realizadas a las víctimas de femicidio en el Instituto de Medicina Legal de Nicaragua en el periodo de 1999 a 2009.

Año	Negativo	Positivo
2009	20	1
2008	18	
2007	12	1
2005	4	7
2004	14	
2003	21	1
2002	15	
2001	8	
2000	7	1